

Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit: Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung

Lampert, Thomas; Ziese, Thomas; Saß, Anke Christine; Häfelinger, Michael

Veröffentlichungsversion / Published Version

Forschungsbericht / research report

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Lampert, T., Ziese, T., Saß, A. C., & Häfelinger, M. (2005). *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit: Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. (Forschungsbericht / Bundesministerium für Arbeit und Soziales, A349). Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung; Robert Koch Institut; Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-316047>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



Thomas Lampert, Thomas Ziese

Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit

Expertise des Robert Koch-Instituts zum
2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung

Robert Koch-Institut
im Auftrag des
Bundesministeriums für Gesundheit
und Soziale Sicherung

Autoren

Dipl. Soz. Thomas Lampert
Dr. Thomas Ziese

Koautorin und Koautor

Dr. Anke Christine Saß MPH
Dipl. Soz., Dipl. Kfm. Michael Häfelinger

Studentische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Lars Kroll
Simone Schneider
Silja Tyllilä

Kontaktadresse

Dipl. Soz. Thomas Lampert
Robert Koch-Institut
Abt. Epidemiologie und
Gesundheitsberichterstattung
Seestr. 10, D-13353 Berlin
Tel.: 01888/ 754-3304
Fax: 01888/ 754-3513
E-Mail: t.lampert@rki.de
www.rki.de

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	5
1	Einleitung	6
2	Datengrundlagen	14
	2.1 Bundes-Gesundheitssurvey 1998.....	15
	2.2 Telefonischer Gesundheitssurvey 2003.....	17
	2.3 Daten der Gmünder Ersatzkasse 1990-2004	18
	2.4 Studie „Health Behaviour in School-Aged Children“ 2002.....	20
	2.5 Sozio-oekonomisches Panel 1998-2003	22
	2.6 Mikrozensen 1999 und 2003.....	23
3	Gesundheitliche Auswirkungen von Einkommensungleichheit	28
	3.1 Armutsrisiko und Einkommensungleichheit	29
	3.2 Einkommensdifferenzen im Krankheits- und Sterbegeschehen	31
	3.3 Einkommen und subjektive Gesundheit	38
	3.4 Einfluss des Einkommens auf das Gesundheitsverhalten	41
	3.5 Einkommenseffekte auf die Gesundheitsversorgung	43
	3.6 Sozialhilfeabhängigkeit und Gesundheit	46
	3.7 Diskussion	47
4	Stellenwert der Bildung für eine gesundheitsförderliche Lebensweise	52
	4.1 Bildungsbeteiligung der Bevölkerung	53
	4.2 Einfluss der Bildung auf Morbidität und Mortalität	56
	4.3 Bildung und subjektive Gesundheit	61
	4.4 Bedeutung der Bildung für das Gesundheitsverhalten	64
	4.5 Bildungsunterschiede in der Inanspruchnahme von Informationsangeboten und präventiven Maßnahmen	68
	4.6 Gesundheitsrelevanz der beruflichen Ausbildung	71
	4.7 Diskussion	73
5	Einfluss der Arbeitswelt auf die Gesundheit	77
	5.1 Erwerbsbeteiligung der Bevölkerung	79
	5.2 Spezielle Datengrundlagen der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung	80
	5.3 Einfluss von Arbeit auf Morbidität und Krankheitsfolgen	81
	5.4 Stellung in der Arbeitswelt als Prädiktor der Mortalität	96
	5.5 Bedeutung der Arbeit für die subjektive Gesundheit und das Gesundheitsverhalten	97
	5.6 Diskussion	100

6	Folgen der Arbeitslosigkeit für die Gesundheit	104
6.1	Definition und Operationalisierung von Arbeitslosigkeit	105
6.2	Auswirkungen auf gesundheitsrelevante Lebensbedingungen	106
6.3	Gesundheitliche Situation arbeitsloser Frauen und Männer	107
6.4	Diskussion	122
7	Gesundheit von allein Erziehenden	125
7.1	Lebenslage allein Erziehender	126
7.2	Belastungen und Ressourcen allein Erziehender	127
7.3	Gesundheitliche Situation allein erziehender Frauen	129
7.4	Soziale und gesundheitliche Situation allein erziehender Väter	138
7.5	Diskussion	139
8	Sozial ungleiche Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen	143
8.1	Lebenslage von Kindern und Jugendlichen	144
8.2	Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit von ihrer Lebenslage	146
8.3	Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Jugendlichen	158
8.4	Soziales Kapital als Gesundheitsressource von Jugendlichen	168
8.5	Diskussion	169
9	Armut und Gesundheit im höheren Lebensalter	176
9.1	Lebenslage älterer Menschen	177
9.2	Körperliche und psychische Erkrankungen im Alter	178
9.3	Hilfebedarfe älterer Menschen und Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen	182
9.4	Subjektive Gesundheit und Lebensqualität im Alter	183
9.5	Lebenslage und Gesundheit im Alter	186
9.6	Diskussion	189
10	Migration und Gesundheit	193
10.1	Lebenslage von Migranten und Migrantinnen	194
10.2	Die gesundheitliche Situation von Migranten und Migrantinnen	195
10.3	Gesundheitsverhalten von Migranten und Migrantinnen	199
10.4	Medizinische und pflegerische Versorgung von Migranten und Migrantinnen .	203
10.5	Diskussion	204
	Tabellenverzeichnis	208
	Abbildungsverzeichnis	210
	Abkürzungsverzeichnis	213

Kurzfassung

Vorwort

Das Robert Koch-Institut hat im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung eine Expertise zum Thema „Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit“ erstellt, deren Ergebnisse in den 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung eingegangen sind. Die Projektförderung erstreckte sich auf den Zeitraum Mai 2004 bis April 2005. Da bereits im Oktober 2004 ein erster Entwurf des Armuts- und Reichtumsberichtes vorliegen musste, wurde die erste Projektphase mit einem empirischem Ergebnisbericht abgeschlossen, der Zusammenhänge zwischen der sozialen und gesundheitlichen Situation der Bevölkerung in Deutschland beschreibt und auch – soweit aussagekräftige Daten zur Verfügung standen – auf deren Veränderungen im Zeitverlauf eingeht. In der zweiten Projektphase werden zurzeit Empfehlungen zur Verbesserung der Datenlage, der Indikatorenbildung und der Berichtsstrategien erarbeitet, die zur Verstetigung der Armuts- und Reichtumsberichterstattung in Deutschland beitragen sollen.

Dass der nun veröffentlichte Ergebnisbericht in sehr kurzer Zeit erstellt werden konnte, verdanken wir der Unterstützung einer Vielzahl von Personen und Institutionen. Unser besonderer Dank gilt unseren Kooperationspartnern: Dr. Matthias Richter und Prof. Dr. Klaus Hurrelmann (Universität Bielefeld) haben für uns eine Sonderauswertung aktueller Daten der Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ durchgeführt. Prof. Dr. Wolfgang Voges, PD Dr. Uwe Helmert, Dr. Andreas Timm und Dr. Rolf Müller (Zentrum für Sozialpolitik Bremen) verdanken wir eine Sonderauswertung von Daten der Gmünder Ersatzkasse. Eine große Unterstützung war uns auch die Bereitstellung eines aufbereiteten Datensatzes des Sozio-oekonomischen Panels durch Dr. Peter Krause (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung) und von Daten des im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 durchgeführten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“ durch Dr. Frank Jacobi, Michael Klose und Sylvia Helbig (Technische Universität Dresden).

Als überaus hilfreich haben sich die Zuarbeiten unserer studentischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Simone Schneider, Silja Tyllilä und Lars Kroll erwiesen. Einen wesentlichen Beitrag zur redaktionellen Endbearbeitung des Berichts haben Katharina Keimer und Jessica Dreas geleistet. Darüber hinaus bedanken wir uns bei allen Kolleginnen und Kollegen, die mit uns die Ergebnisse diskutiert und uns hilfreiche Hinweise zu offenen Fragen gegeben haben.

Berlin, im März 2005

Thomas Lampert

Dr. Thomas Ziese

1 Einleitung

Auch in einem Sozial- und Wohlfahrtsstaat wie der Bundesrepublik Deutschland, der sich auf den Grundsatz der sozialen Gerechtigkeit und gleichberechtigten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beruft, lässt sich ein Zusammenhang zwischen der sozialen und gesundheitlichen Situation der Bevölkerung beobachten. Trotz der sozialen Absicherung im Krankheitsfall, dem hohen Standard der medizinischen und pflegerischen Versorgung, der Schutzbestimmungen gegen Gesundheitsrisiken in der Umwelt und am Arbeitsplatz sowie der zunehmend höheren Bewertung von Prävention und Gesundheitsförderung treten viele Krankheiten und Gesundheitsstörungen in den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen häufiger auf, mit zum Teil weit reichenden Folgen für die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Familien (Mielck 2001; Helmert et al. 2003). Besonders deutlich zeichnen sich die gesundheitlichen Konsequenzen in Bevölkerungsgruppen ab, deren Lebensverhältnisse durch eine dauerhafte soziale Exklusion und daraus resultierende Belastungen und Nachteile gekennzeichnet sind, z.B. Einkommensarme, Langzeitarbeitslose, Geringqualifizierte oder auch allein erziehende Mütter. In diesen Gruppen sind zudem gesundheitsriskante Verhaltensgewohnheiten wie Rauchen oder Bewegungsmangel, die für einen Großteil der vermeidbaren Krankheits- und vorzeitigen Sterbefälle verantwortlich zeichnen, am stärksten verbreitet (Lampert, Thamm 2004; Mensink 2003; Knopf et al. 1999). Die gesundheitliche Chancenungleichheit macht sich aber nicht allein an einer höheren gesundheitlichen Belastung der am stärksten benachteiligten Bevölkerungsgruppen fest; vielmehr ist in vielen Bereichen von einem sozialen Gefälle auszugehen, wenngleich die Gesundheitsunterschiede zwischen den sozial besser gestellten Gruppen schwächer ausgeprägt sein dürften. Ein Beispiel hierfür sind arbeitsweltbezogene Gefährdungen der Gesundheit, wie z.B. Umgebungseinflüsse und Unfallgefahren am Arbeitsplatz oder berufliche Gratifikationskrisen, die zwar bei un- und angelernten Arbeitern am größten sind, aber auch zwischen den höheren Berufsstatusgruppen variieren (Badura et al. 2004; Siegrist 1996).

Die soziale Ungleichheit der Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen ist kein spezifisch deutsches Phänomen. Für die meisten westlichen Industrieländer werden ähnliche und zum Teil noch stärkere Zusammenhänge zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage berichtet. In Ländern wie Großbritannien, Schweden und den Niederlanden werden diese Zusammenhänge schon seit längerem diskutiert und politische Interventionen zur Verringerung der gesundheitlichen Chancenungleichheit gefordert – mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung, je nach gesellschaftlichem Wohlstandsniveau, sozialstaatlichen Sicherungssystemen und Faktoren wie der demographischen Entwicklung oder der Zuwanderung aus ökonomisch benachteiligten Ländern.

Auch die Weltgesundheitsorganisation hat in der Vergangenheit immer wieder auf die Notwendigkeit eines Ausgleichs der Lebensbedingungen und Gesundheitschancen innerhalb und auch zwischen den einzelnen Ländern hingewiesen (WHO 1999). Auf europäischer Ebene sind in den letzten Jahren mehrere Projekte durchgeführt worden, die ausgehend von internationalen Vergleichen Strategien zur Reduzierung der gesundheitlichen Chancengleichheit entwickelt haben, u.a. die Projekte „Tackling Health Inequalities in Europe: an integrated approach“ und „Closing the Gap: Strategies for Action to tackle Health Inequalities in Europe“.

In Deutschland zeichnet sich seit einigen Jahren eine verstärkte politische Auseinandersetzung mit den gesundheitlichen Auswirkungen von Armut und sozialer Ungleichheit ab. Bereits in seiner Regierungserklärung kündigte der 1998 neu gewählte Bundeskanzler Gerhard Schröder die Erstellung eines Armuts- und Reichtumsberichtes als Grundlage für eine Politik des sozialen Ausgleichs und der Bekämpfung von Armut an. Neben dem Einstieg in eine regierungsamtliche Berichterstattung über die ungleichen Lebensverhältnisse in Deutschland, die nun mit dem 2. Armuts- und Reichtumsbericht (BMGS 2005) fortgesetzt wurde, ist die Vorlage eines Nationalen Aktionsplans zur Bekämpfung von Armut (NAP'incl) und die damit verbundene Koordinierung des politischen Handelns auf europäischer Ebene ein weiterer Beleg für den vollzogenen Politikwechsel (BMGS 2004). In der Gesundheitspolitik spiegelt sich dieser u.a. in der Formulierung von nationalen Gesundheitszielen und der Gründung des Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung als Plattform zur Vernetzung von Aktivitäten und Akteuren wider. In diesem Kontext ist auch die Neugestaltung des § 20 SGB V zu sehen, der die Krankenkassen zu primärpräventiven Leistungen verpflichtet, die auch einen Beitrag zur Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten sollen. Weitere Impulse sind von dem für 2005 angekündigten Präventionsgesetz zu erwarten, mit dem die Prävention als eigenständige Säule im Gesundheitswesen verankert werden soll.

Für die Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Bekämpfung von Armut und ihren Folgen sind Daten und Analysen erforderlich, die regelmäßig bereitgestellt werden und problematische Entwicklungen frühzeitig kenntlich machen. In Deutschland wurden in den letzten 15 Jahren zwar mehr als 500 themenbezogene Publikationen vorgelegt, zumeist basieren diese aber auf einmaligen Studien oder unregelmäßig durchgeführten Erhebungen, die keine Rückschlüsse auf langfristige Entwicklungstrends zulassen. Ohnehin sind viele Forschungsbefunde nicht miteinander vergleichbar, u.a. weil sie einen unterschiedlichen Bevölkerungsbezug aufweisen, die Erhebungsmethoden und -instrumente variieren oder andere Definitionen und Konzepte von Armut und sozialer Ungleichheit zugrunde gelegt werden. Infolge

dessen lässt sich trotz der Vielzahl der Studien und der großen Übereinstimmung der Forschungsergebnisse bislang kein aussagekräftiges Bild vom Ausmaß und Erscheinungsbild der gesundheitlichen Chancenungleichheit in Deutschland zeichnen.

Die Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung eröffnet eine viel versprechende Möglichkeit für eine Dauerbeobachtung der gesundheitlichen Chancenungleichheit und die Entwicklung von Maßnahmen zu deren Verringerung. Entscheidend hierfür sind zwei konzeptionelle Ausrichtungen, die bereits im ersten Armuts- und Reichtumsbericht umgesetzt wurden: Erstens wird der Armutsbegriff in Richtung sozialer Ausgrenzung erweitert, um die Mehrdimensionalität und Vielschichtigkeit der Armutsproblematik zu verdeutlichen und an die Entwicklung auf europäischer Ebene anzuknüpfen. Den Ausgangspunkt stellt die pluralistische Definition des Rates der Europäischen Gemeinschaft von 1984 dar, die für die europäischen Armutsbekämpfungsprogramme erarbeitet wurde. Demnach gelten Personen, Familien und Haushalte als arm, „die über so geringe (materielle, kulturelle und soziale) Mittel verfügen, dass sie von der Lebensweise ausgeschlossen sind, die in dem Mitgliedstaat, in dem sie leben, als Minimum annehmbar ist“ (Rat der Europäischen Gemeinschaft 1985). Zweitens orientiert sich der Bericht am mehrdimensionalen Lebenslagenansatz, der „alle Umstände der Bedarfsdeckung, in die der Einzelne gestellt ist“, einbezieht und dadurch dem erweiterten Verständnis von Armut und Reichtum weitaus eher gerecht wird als der Ressourcenansatz oder andere Armutskonzepte (BMAS 2001; Voges et al. 2005).

Aufgrund des relativ knapp bemessenen Zeitraums zur Erstellung des ersten Armuts- und Reichtumsberichtes konnten viele theoretische und methodische Fragen nicht hinlänglich geklärt werden. Dies betraf auch und insbesondere die konzeptionelle Ausgestaltung und Operationalisierung des Lebenslagenansatzes. Unklar blieb beispielsweise, welche Indikatoren zur Abbildung der einzelnen Lebenslagendimensionen heranzuziehen sind und wie sich Unter- und Überversorgungslagen sinnvoll abgrenzen lassen. Die Bundesregierung hat deshalb in den letzten Jahren eine Reihe von Forschungsprojekten vergeben, die zur Weiterentwicklung und Verstetigung der Armuts- und Reichtumsberichterstattung beitragen sollen, u.a. zur theoretischen Fundierung des Lebenslagenansatzes (Voges et al. 2005), zum Lebensstandardansatz als möglichem alternativem oder ergänzendem Berichtskonzept (Andreß et al. 2005) sowie zur Messung von Armut und Reichtum (Volkert et al. 2004). Darüber hinaus wurden zu den wichtigsten Berichtsgegenständen wissenschaftliche Expertisen eingeholt und damit eine empirische Grundlage für die Erstellung des 2. Armuts- und Reichtumsbericht geschaffen.

Projektauftrag

Das Robert Koch-Institut hat im Mai 2004 vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung den Auftrag erhalten, eine Expertise zum Thema „Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit“ zu erstellen. In der auf 12 Monate angelegten Projektlaufzeit sollte ein umfassender Bericht erarbeitet werden, der auf breiter Datenbasis spezifische Problemlagen und Verteilungsungleichheiten im Gesundheitsstatus der Bevölkerung herausarbeitet und zudem die wichtigsten gesundheitlichen Entwicklungstrends und Veränderungen in Ausmaß und Struktur der gesundheitlichen Chancenungleichheit verdeutlicht. Gleichzeitig war auf Daten- und Forschungsdefizite hinzuweisen und zu diskutieren, inwieweit diese durch die Neuerschließung von Datenquellen oder die Modifizierung der vorhandenen Erhebungs- und Erfassungssysteme geschlossen werden können. In der ersten Projektphase (Mai bis November 2004) wurde ein empirischer Ergebnisbericht erstellt, der als Grundlage für das Kapitel VII „Gesundheitliche Situation und Pflegebedürftigkeit“ im 2. Armuts- und Reichtumsbericht diente. In der zweiten Projektphase, die sich bis Ende April 2005 erstreckt, sollen Vorschläge zur Verbesserung der theoretischen, methodischen und empirischen Grundlagen zur Beschreibung und Analyse gesundheitsbezogener Problemstellungen im Kontext der Armuts- und Reichtumsberichterstattung erarbeitet werden.

Inhaltliche Schwerpunkte

Der vorliegende Bericht fasst die zentralen Ergebnisse der ersten Projektphase zusammen und stellt die Referenz für viele der im Kapitel VII „Gesundheitliche Situation und Pflegebedürftigkeit“ des 2. Armuts- und Reichtumsbericht getroffenen Aussagen dar. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf den Zusammenhängen zwischen der Gesundheit und anderen zentralen Bereichen der Lebenslage, vor allem Einkommen (Kapitel 3), Bildung (Kapitel 4) und Arbeit (Kapitel 5), wobei diese sowohl unter dem Belastungs- als auch dem Ressourcenaspekt diskutiert werden. Armut wird als verminderte Teilhabe und Unterversorgung in diesen Lebensbereichen verstanden und unter Berücksichtigung der bislang vorgeschlagenen Indikatoren und Schwellenwerte abgebildet. Der Blick richtet sich aber auch auf differenzielle Lebensbedingungen und Teilhabemöglichkeiten oberhalb der Armutsgrenze und damit auf das gesamte Spektrum der sozialen und gesundheitlichen Chancenungleichheit in Deutschland.

Ein zweiter Schwerpunkt der Expertise betrifft Bevölkerungsgruppen, deren Lebenslage durch spezifische gesundheitliche Belastungen und Risiken gekennzeichnet ist – oftmals weil Nachteile in den Bereichen Einkommen, Bildung und Arbeit zusammentreffen. Explizit ein-

gegangen wird auf die gesundheitliche Situation von Arbeitslosen (Kapitel 6), allein Erziehenden, insbesondere allein erziehenden Frauen (Kapitel 7), sowie Migrantinnen und Migranten (Kapitel 10). Darüber hinaus werden die gesundheitlichen Konsequenzen des Aufwachsens in Armut und sozialer Benachteiligung thematisiert, unter Berücksichtigung altersspezifischer Entwicklungsaufgaben im Kindes- und Jugendalter (Kapitel 8). Eingegangen wird außerdem auf die soziale und gesundheitliche Lage älterer Menschen (Kapitel 9), die, ebenso wie Kinder und Jugendliche, in Studien und Berichten zur gesundheitlichen Chancengleichheit bislang oftmals nur am Rande einbezogen wurden.

Die unterschiedlichen Lebensbedingungen und Gesundheitschancen von Männern und Frauen werden in der Expertise als Querschnittsthema behandelt. Angestrebt wird eine geschlechtersensible Betrachtung, die einerseits durch Vergleiche zwischen Männern und Frauen bei allen für beide Geschlechter relevanten Problem- und Fragestellungen gekennzeichnet ist, andererseits aber auch männer- und frauenspezifische Themen in den Mittelpunkt der Diskussion rückt (Maschewsky-Schneider et al. 2001; Lange, Lampert 2004).

Dass einzelne Aspekte der gesundheitlichen Chancengleichheit nicht aufgegriffen bzw. vertieft werden, ist zumeist auf die unzureichende Datenlage zurückzuführen. Dies trifft beispielsweise auf die in letzter Zeit häufiger diskutierte Gesundheitsrelevanz vertrauensbasierter Sozialbeziehungen („soziales Kapital“) sowie die Bedeutung der Wohnsituation und der Umwelt für die Gesundheit („Umweltgerechtigkeit“) zu.¹

Berichtsgrundlagen

Die Expertise wurde auf breiter Daten- und Informationsgrundlage erstellt. Im Zentrum stehen die Ergebnisse eigener empirischer Analysen, die auf der Basis von Daten u.a. der Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (Bundes-Gesundheitsurvey 1998, telefonischer Gesundheitssurvey 2003), des Sozio-oekonomischen Panels 1998-2003 und des Mikrozensus 1999 durchgeführt wurden. Diese gesundheitsbezogenen und sozialwissenschaftlichen Erhebungen werden noch am ehesten den Anforderungen einer lebenslagenorientierten Armuts- und Reichtumsberichterstattung gerecht, da sie bundesweit repräsentativ sind, regelmäßig wiederholt werden und sowohl zur sozialen als auch gesundheitlichen Situation aussagekräftige Daten bereitstellen.

¹ In Kapitel 8 wird zumindest auf die protektive Wirkung des sozialen Kapitals für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen eingegangen (siehe auch Klocke 2004). Im Zusammenhang mit der Umweltgerechtigkeit ist auf einen Beitrag des Umweltbundesamtes zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung zu verweisen (Wehrspau, Schreiber 2004; siehe auch Bolte, Mielck 2004).

Ergänzend wurden Sonderauswertungen von Datenbeständen in Auftrag gegeben, die (noch) nicht als Public Use-Files zur Verfügung stehen, z.B. Daten der Gmünder Ersatzkasse 1990-2004 (Zentrum für Sozialpolitik), der Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ 2002 (Universität Bielefeld) und des Mikrozensus 2003 (Statistisches Bundesamt). Der Zugang zu weiteren Datenquellen erschloss sich über Kooperationen des Robert Koch-Instituts, insbesondere mit dem Statistischen Bundesamt (Krankheitsdiagnostik, Krankenhausstatistik, Todesursachenstatistik etc.), aber auch mit einzelnen Forschungseinrichtungen wie dem Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden (Zusatzsurvey „Psychische Störung“ zum Bundes-Gesundheitssurvey 1998). Zurückgegriffen werden konnte zudem auf Veröffentlichungen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, u.a. auf die GBE-Themenhefte „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ und „Gesundheit allein erziehender Mütter und Väter“. Genutzt wurde auch ein Gutachten, das für den in Vorbereitung befindlichen GBE-Schwerpunktbericht „Migration und Gesundheit“ eingeholt wurde (Brucks 2004). Durch die Zusammenführung der eigenen Auswertungsergebnisse, der in Auftrag gegebenen Sonderauswertungen und wissenschaftlichen Gutachten, vorhandener amtlicher Statistiken und Gesundheitsberichte sowie der Befunde einzelner epidemiologischer und sozialwissenschaftlicher Studien ergab sich schließlich eine tragfähige, wenn auch nicht für alle relevanten Themen gleichermaßen aussagekräftige Basis für die vorliegende Expertise.

Literaturverzeichnis

- Andreß H-J, Krüger A, Sedlacek B (2005) Armut und Lebensstandard. Zur Entwicklung des notwendigen Lebensstandards der Bevölkerung 1996 bis 2003. BMGS, Bonn
- Badura B, Schellschmidt H, Vetter C (Hrsg.) (2004) Fehlzeiten-Report 2003. Springer, Berlin
- Bolte G, Mielck A (Hrsg.) (2004) Umweltgerechtigkeit. Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen. Juventa Verlag, Weinheim München
- Brucks U (2004) Gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. Gutachten für den GBE-Schwerpunktbericht „Migration und Gesundheit“ (unveröffentlicht)
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2001) Lebenslagen in Deutschland. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. BMAS, Bonn
- Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (2004) Strategien zur Stärkung der sozialen Integration. Nationaler Aktionsplan zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung 2003-2005. Deutschlands Beitrag zum ersten europäischen Sozialschutzbericht. http://www.bmgs.bund.de/downloads/NAP2004_Endfassung_Kabinett.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005) Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. BMGS, Bonn
- Helmert U (2003) Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken. Maro Verlag, Augsburg
- Klocke A (2004) Soziales Kapital als Ressource für Gesundheit im Jugendalter. In Jungbauer-Gans M, Kriwy P (Hrsg.) Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 85-96
- Knopf H, Ellert U, Melchert H-U (1999) Sozialschicht und Gesundheit. Das Gesundheitswesen 61 (Sonderheft 2), S169-S177
- Lampert T, Thamm M (2004) Soziale Ungleichheit des Rauchverhaltens in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 47, S. 1033-1042
- Lange C, Lampert T (2004) Perspektiven einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung. Das Gesundheitswesen 66, S. 158-163.
- Maschewsky-Schneider U, Hinze L, Kolip P, Scheidig C (2001) Frauen- und geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung in der DGSMP. Das Gesundheitswesen 63 (Sonderheft 1), S89-S92
- Mensink GBM (2003) Bundes-Gesundheitssurvey: Körperliche Aktivität. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung. Robert Koch-Institut, Berlin
- Mielck A (Hrsg) (2001) Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Verlag Hans Huber, Bern
- Rat der Europäischen Gemeinschaft (1985) Beschluss des Rates vom 19. Dezember 1984 über gezielte Maßnahmen zur Bekämpfung der Armut auf Gemeinschaftsebene. Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaft, L2, S. 24-25

Siegrist J (1996) Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie zur Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben. Hofgrefe-Verlag, Göttingen

Voges W, Jürgens O, Mauer A, Meyer E (2005) Methoden und Grundlagen des Lebenslagenkonzeptes. Expertise zur Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung. BMGS, Bonn

Volkert J, Klee G, Kleimann R, Scheurle U, Schneider F (2004) Operationalisierung der Armuts- und Reichtumsmessung. BMGS, Bonn

Wehrspaun M, Schreiber H (2004) „Ökologische Gerechtigkeit“ im Bereich Gesundheit und Krankheit. Beitrag zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Umweltbundesamt, Berlin

WHO (1999) Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen

2 Datengrundlagen

An die Datengrundlagen der Armuts- und Reichtumsberichterstattung sind hohe Anforderungen zu stellen. Sie sollten zu allen Bereichen der Lebenslage aussagekräftige und bundesweit repräsentative Aussagen ermöglichen und sowohl Armut und Unterversorgung als auch Verteilungsungleichheiten oberhalb der Armutsgrenze abbilden. Neben der inhaltlichen Relevanz muss die Validität und Reliabilität der eingesetzten Erhebungsinstrumente gewährleistet sein. Vorzugsweise ist auf international bewährte Instrumente zurückzugreifen, um ländervergleichende Beobachtungen und die Etablierung einer Armutsberichterstattung auf europäischer Ebene zu unterstützen. Eine kontinuierliche Berichterstattung setzt zudem voraus, dass die Datengrundlagen regelmäßig und auf lange Sicht zur Verfügung stehen. Konsistente Darstellungen und Trendbeobachtungen sind allerdings nur möglich, wenn die Erhebungsprogramme und Erfassungssysteme dabei weitgehend unverändert bleiben.

Im Hinblick auf die Möglichkeiten zur Beschreibung von Zusammenhängen zwischen der Gesundheit und anderen Aspekten der Lebenslage, wie z.B. Einkommen, Bildung oder Arbeit, muss die vorhandene Datenlage als unzureichend bezeichnet werden. Gesundheitsbezogene amtliche Statistiken sind zwar durch regelmäßige Verfügbarkeit und inhaltliche wie methodische Konsistenz gekennzeichnet, das Themenspektrum ist aber oftmals stark begrenzt und zumeist fehlen soziodemographische und sozioökonomische Angaben. Die Schwerbehindertenstatistik, Krankenhausstatistik, Todesursachenstatistik und Statistik der meldepflichtigen Krankheiten sind Beispiele für amtliche Erfassungssysteme, die keine Aussagen über die soziale Ungleichheit im Krankheits- und Sterbegeschehen der Bevölkerung erlauben.¹ Gleiches gilt für die auf Bundes- und Länderebene geführten epidemiologischen Register, z.B. Krebs-, Herzinfarkt- oder AIDS-Fallregister. Obwohl die gesundheitspolitische Relevanz des sozial ungleichen Vorkommens dieser Krankheitsbilder unbestritten ist, lassen sich die Registerdaten nicht unter Armuts- und Ungleichheitsaspekten auswerten. Daneben sind die in Deutschland geführten Register mit weiteren Schwierigkeiten verbunden. Krebsregister beispielsweise gibt es lediglich in einigen Bundesländern und Neuerkrankungen werden je nach Bundesland unterschiedlich erfasst. Die Routinedaten der Kranken- und Rentenversicherer, die in erster Linie für Verwaltungszwecke und zur Regelung sozialversicherungsrechtlicher Zahlungsströme erhoben werden, ergeben zwar zum Teil interessante Perspektiven für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung, werden aber selten für wissenschaftliche Auswertungen zur Verfügung gestellt.

¹ Im Fall der Todesursachenstatistik wurden Angaben zum ausgeübten Beruf ursprünglich erfasst, zu Beginn der 70er Jahre jedoch ersatzlos gestrichen. Bis heute sind alle Versuche, die berufliche Angabe wieder aufzunehmen, gescheitert, obwohl deren Nutzen für Analysen des sozial differenziellen Sterbegeschehens allgemein anerkannt ist.

Ein möglicher Zugang für eine am Lebenslagenansatz ausgerichtete Beschreibung und Analyse der sozialen Ungleichverteilung von Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken eröffnet sich über die Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts. Für die Expertise wird vor allem auf den Bundes-Gesundheitssurvey 1998 und den telefonischen Gesundheitssurvey 2003 zurückgegriffen, die beide als Querschnittserhebungen angelegt waren und zu einem breiten Spektrum gesundheitsbezogener Themen bundesweit repräsentative Daten liefern. Aussagen über die gesundheitliche Situation der heranwachsenden Generation werden anhand von Daten der WHO-Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ aus dem Jahr 2002 getroffen. Möglich wird dies aufgrund einer Kooperation mit der Universität Bielefeld, die in einem internationalen Forschungsverbund die Durchführung der deutschen Teilstudie koordiniert. Um Krankenkassendaten einbeziehen zu können, wurde das Zentrum für Sozialpolitik an der Universität Bremen mit einer Sonderauswertung von Daten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) beauftragt. Zumindest zu einzelnen Bereichen, wie z.B. Krankenhausaufenthalten, Arzneimittelverordnungen oder vorzeitige Sterblichkeit, eröffnen die GEK-Daten über die Gesundheitssurveys hinausgehende Perspektiven. Des Weiteren wird auf bundesweit repräsentative sozialwissenschaftliche Umfragen zurückgegriffen, sofern diese Fragen zur Gesundheit beinhalten. In erster Linie sind hier das Sozio-oekonomische Panel und der Mikrozensus zu nennen. Zwar ist die Gesundheit in beiden Erhebungen kein Themenschwerpunkt, dafür lassen sich Zusammenhänge zu zahlreichen anderen Aspekten der Lebenslage herstellen, die aufgrund der großen Fallzahlen zudem differenziert betrachtet werden können. Weitere Vorteile des Sozio-oekonomischen Panels sind die Möglichkeit der längsschnittlichen Weiterverfolgung und die Bereitstellung eines Mortalitäts-Follow-ups. Die Expertise bezieht sich darüber hinaus auf eine große Zahl weiterer Datenquellen, Berichte und Forschungsbefunde. Im Folgenden werden aber nur die Datengrundlagen näher beschrieben, die für eigene oder von den Kooperationspartnern durchgeführte Auswertungen herangezogen wurden.

2.1 Bundes-Gesundheitssurvey 1998

Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 wurde vom Robert Koch-Institut mit dem Ziel konzipiert, eine breite und verlässliche Datengrundlage für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes zu schaffen. Bei der Vorbereitung des gemeinsam vom Robert Koch-Institut und dem Statistischen Bundesamt erarbeiteten Gesundheitsberichts für Deutschland (Statistisches Bundesamt 1998) offenbarten sich Datenlücken, die es mit Blick auf eine kontinuierliche Berichterstattung zu schließen galt. Zugleich sollte durch den Survey ein Referenzdatensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder sowie eine Basis für epidemiologi-

sche Forschungen bereitgestellt werden. Durch den Einsatz international verwendeter und validierter Erhebungsinstrumente werden Vergleiche mit anderen Ländern und die Implementierung einer europaweiten Gesundheitsberichterstattung unterstützt. Die Grundfinanzierung des Surveys lag beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (BMBF) sowie das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (BMU) übernahmen Teilfinanzierungen (Bellach 1999).

Die Feldarbeit wurde zwischen Oktober 1997 und März 1999 von der I+G Gesundheitsforschung GmbH durchgeführt und erstreckte sich auf 120 Studienzentren an verschiedenen Orten im gesamten Bundesgebiet. Für den Survey wurde eine mehrfach geschichtete zweistufige Zufallsstichprobe gezogen, die zum Zeitpunkt der Stichprobenziehung für die 18- bis 79-jährige Wohnbevölkerung Deutschlands repräsentativ war (Stolzenberg 2002). Frauen und Männer in den neuen Bundesländern waren aufgrund des zugrunde gelegten disproportionalen West/Ost-Stichprobendesigns überrepräsentiert. Ausgehend von der um die qualitätsneutralen Ausfälle bereinigten Brutto-Stichprobe entsprach die Teilnehmerzahl von 7.124 Personen einer Responserate von 62 %. Die Repräsentativität der Erhebungen wird durch den Stichprobenausfall nicht entscheidend beeinträchtigt, wie detaillierte Non-Responder-Analysen belegen (Thefeld et al. 1999).

Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 umfasste wie schon die vorgängigen Nationalen Gesundheitssurveys sowohl einen Befragungs- als auch einen Untersuchungsteil. Die Befragung basierte auf einem Selbstausfüllfragebogen und enthielt unter anderem Fragen zu Krankheiten, Beschwerden, gesundheitsbezogener Lebensqualität, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsversorgung. Der Untersuchungsteil erstreckte sich auf ein ärztliches Interview zur Krankengeschichte und eine medizinische Untersuchung, die unter anderem die Messung von Blutdruck und Pulsfrequenz sowie die Feststellung von Körpergröße und -gewicht beinhaltete. Außerdem wurden Blut- und Urinproben genommen, anhand derer später bis zu 40 Laborwerte, darunter Cholesterin, Gesamteiweiß, Hämoglobin und Eisen, bestimmt werden konnten. Ein wesentlicher Unterschied zu den früheren Gesundheitssurveys besteht in zusätzlichen Erhebungen, die zum Teil von Kooperationspartnern verantwortet wurden. Diese Zusatzmodule basierten auf Substichproben und bezogen sich auf die Ernährung (Ernährungssurvey: N=4.030 Personen, Alter 18-79 Jahre), Folsäureversorgung und Neuralrohrdefekte (Folsäurestudie: N=1.268, Alter 18-40), umweltrelevantes Verhalten und Belastungen (Umweltsurvey: N=4.822, Alter 16-69), affektive, somatoforme und Angststörungen (Zusatzsurvey Psychische Störungen: N=4.181, Alter 18-65) sowie Arzneimittelverbrauch und Arzneimittelwirkung (Arzneimittelsurvey: N=7.099, Alter 18-79). In Bayern und

später auch in Nordrhein Westfalen wurde der Kernsurvey an einer aufgestockten Stichprobe erhoben, um auf Landesebene repräsentative Aussagen treffen zu können (Bellach et al. 1998).

Aufgrund der Breite und Tiefe der Erhebungen eröffnet der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 auch für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung interessante Auswertungs- und Erkenntnismöglichkeiten. Die ungleiche Verteilung der Gesundheitschancen lässt sich anhand einer Vielzahl unterschiedlicher Gesundheitsaspekte untersuchen. Dank der ärztlichen Untersuchungen und Labordiagnosen schließt dies auch einige Merkmale der Gesundheit ein, die sich nur äußerst selten im Zusammenhang mit Armuts- und Ungleichheitsindikatoren darstellen lassen, z.B. das Vorkommen von Antikörpern gegen Infektionskrankheiten oder die Sensibilisierung gegenüber Allergenen. Da der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 auf den Nationalen Gesundheitssurveys aufbaut und viele Merkmale in allen Durchgängen mit denselben Messinstrumenten erhoben wurden, lassen sich Aussagen darüber treffen, wie sich das Ausmaß und Erscheinungsbild gesundheitlicher Ungleichheit über die Zeit verändert hat.

2.2 Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

Bevölkerungsweite Gesundheitssurveys sind mit einem hohen organisatorischen, zeitlichen und finanziellen Aufwand verbunden, insbesondere wenn sie einen medizinischen Untersuchungsteil einschließen. In Deutschland können sie unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen bestenfalls im Abstand von fünf bis sieben Jahren durchgeführt werden. Telefoninterviews erscheinen als attraktive Alternative, weil sie mit geringeren Kosten einhergehen und die Daten – sofern sie computer-unterstützt erhoben werden – zeitnah zur Verfügung stehen. Im Kontext der Gesundheitsberichterstattung des Bundes ist deshalb geplant, telefonische Befragungen als Ergänzung zu den bisherigen Gesundheitssurveys zu etablieren, wobei die wissenschaftliche Verantwortung beim Robert Koch-Institut liegt und die Finanzierung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) gewährleistet wird (Kurth et al. 2005; Lampert et al. 2005).

Ein erster telefonischer Gesundheitssurvey fand zwischen September 2002 und Mai 2003 statt. An einer repräsentativen Stichprobe wurden 8.318 computer-assistierte Telefoninterviews realisiert, was einer Stichprobenausschöpfung von 59 % entsprach. Als Grundgesamtheit diente die 18-jährige und ältere Wohnbevölkerung Deutschlands. Im Zentrum der Befragung standen chronische Krankheiten und Beschwerden, wobei neben dem Vorkommen auch den Risikofaktoren und der Versorgung ein besonderes Interesse galt. Für die Daten-

erhebung wurde auf Instrumente zurückgegriffen, die sich im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 bewährt hatten. Sie wurden den Erfordernissen einer telefonischen Befragung angepasst, so dass die Vergleichbarkeit gewährleistet werden kann. Aufgrund der Schwerpunktsetzung konnten zu einzelnen Krankheiten und Beschwerden, z.B. Diabetes mellitus und Rückenschmerzen, weitaus detailliertere Informationen erhoben werden als dies im thematisch breiter angelegten Bundes-Gesundheitssurvey 1998 möglich gewesen ist. Zu den weiteren Themen des Fragenkatalogs des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 zählten Krankheitsfolgen, subjektive Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Kohler, Ziese 2005).

Zwischen September 2003 und Mai 2004 konnte ein zweiter telefonischer Gesundheitssurvey mit gleicher Methodik realisiert werden. Dazu wurde eine neue Stichprobe gezogen, die ebenfalls bundesweite Repräsentativität beanspruchen kann. Befragt wurden über 7.341 Personen ab 18 Jahren zu Themenschwerpunkten wie Migräne, Behinderung, Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens. Für Themenkomplexe, die bereits im ersten Durchgang erhoben wurden, lässt sich eine Aufstockung der Fallzahl erreichen, was insbesondere bei Gesundheitsrisiken und Gesundheitsproblemen mit geringer Prävalenz von großem Wert ist. Da die Stichproben unabhängig voneinander sind, lassen sich die Daten beider Untersuchungen aber nicht personenbezogen miteinander verknüpfen. Die Daten des telefonischen Gesundheitssurveys 2004 werden gegenwärtig aufbereitet und konnten deshalb noch nicht für die Expertise herangezogen werden.

2.3 Daten der Gmünder Ersatzkasse 1990-2004

Die gesetzlichen Krankenkassen halten umfangreiche Datenbestände vor, die aus Sicht der Armuts- und Reichtumsberichterstattung sowohl Vorzüge als auch Nachteile aufweisen. Da viele Versicherte über lange Zeiträume bei der gleichen Krankenkasse versichert sind, lassen sich longitudinale Betrachtungen anstellen. Krankenkassendaten zeichnen sich zudem durch eine sehr große Datenmenge aus, so dass überaus differenzierte Analysen, auch von seltenen Ereignissen, möglich werden. Ein weiterer Vorteil liegt im Ausschluss zentraler Fehlerquellen, wie z.B. des Non-Response. Das Problem des Non-Response ist bei routinemäßig verlaufenden Erhebungen nicht gegeben, weil die Datenerfassung und häufig auch die Datenweitergabe nicht von der ausdrücklichen Einwilligung des Betroffenen abhängt und ohne dessen Mitwirkung erfolgt.

Eine gute Grundlage für epidemiologische Analysen und Berichterstattungen wird durch die Daten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) geschaffen, die seit einigen Jahren im Rahmen von Kooperationen für wissenschaftliche Zwecke genutzt werden. Der von der GEK bereitgestellte Datensatz erstreckt sich gegenwärtig über den Zeitraum 1990 bis 2004 und beinhaltet Informationen zu insgesamt 2,8 Millionen Versicherten oder mitversicherten Familienangehörigen. Für wissenschaftliche Auswertungen sind in erster Linie die Informationen zu den von den Mitgliedern in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen, wie z.B. stationäre Behandlungen, Arzneimittelverordnungen oder Leistungen der Pflegeversicherung, relevant. Darüber hinaus stehen Informationen zu Arbeitsunfähigkeitszeiten und Sterbedaten zur Verfügung. Analysen zur sozialen Ungleichheit im Krankheits- und Sterbegeschehen der Versicherten werden durch personenbezogene Angaben, u.a. zu Geschlecht, Geburtsjahr, Familienstand, Nationalität, Eintrittsdatum, Austrittsdatum und Austrittsgrund, unterstützt. Angaben zur beruflichen Tätigkeit, dem Berufsstatus und der Ausbildung werden durch den Arbeitgeber an die Krankenkasse gemeldet (Voges et al. 2004; Helmert 2003).

Für den vorliegenden Bericht wurde vom Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) in Bremen eine Sonderauswertung der GEK-Daten durchgeführt. Aufgrund datentechnischer Restriktionen und inhaltlichen Überlegungen wurden nur Daten von versicherten Personen berücksichtigt. Für die mitversicherten Mitglieder fehlen häufig die Angaben zum Beruf, zur Ausbildung und zum Familienstand, die für das Berichtsthema von zentraler Bedeutung sind. Eine weitere Eingrenzung erfolgte hinsichtlich des Alters. Da im jungen Erwachsenenalter nur wenige Krankheiten und Todesfälle zu beobachten sind und andererseits im höheren Lebensalter viele sozio-ökonomische Faktoren nicht mehr dieselbe Wirkung entfalten wie in der Erwerbsphase, erstrecken sich die Auswertungen auf die Altersspanne 40 bis 69 Jahre.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass Krankenkassendaten nicht für wissenschaftliche, sondern für Verwaltungszwecke bzw. die Festsetzung und Zuweisung von Versicherungsleistungen erhoben werden. Dies wird bereits bei der Auswahl der zu erfassenden Krankheitsdiagnosen deutlich, die zudem einem komplexen Dokumentations- und Kodifizierungsprozess unterliegen, so dass die Validität dieser Angaben kritisch zu prüfen ist (Helmert 2003). Ein weiteres Problem ergibt sich aus der eingeschränkten Repräsentativität. Aussagen lassen sich nur über die Versicherten der jeweiligen Krankenkasse treffen und damit über einen selektiven Personenkreis, was auch vor dem Hintergrund zu sehen ist, dass die Mitgliederstruktur der verschiedenen Kranken- und Rentenkassen stark variiert. Die GEK war ursprünglich eine Arbeiter-Ersatzkasse und bis heute handelt es sich bei einem Großteil der Versicherten um männliche Facharbeiter aus der Metallindustrie. Wie ein Abgleich mit BIBB/IAB-Daten aus dem Jahr 1998 und den Mikrozensus der Jahre 1993 und

2000 verdeutlicht, sind insbesondere Agrarberufe, Berufe mit hohem Status sowie qualifizierte und unqualifizierte Angestelltenberufe unterrepräsentiert. Außerdem sind die Versicherten der GEK im Durchschnitt etwas jünger als die Gesamtbevölkerung, was auch Auswirkungen auf die Verteilung nach dem Familienstand hat: Ledige sind in der GEK überrepräsentiert, dafür ist der Anteil der Verheirateten und Verwitweten etwas geringer (Voges et al. 2004). Anhand der GEK-Daten lässt sich somit lediglich ein Ausschnitt des Ungleichheitsspektrums erfassen, was – entsprechend der Mitgliederstruktur – zur Folge hat, dass die gesundheitliche Chancenungleichheit wahrscheinlich etwas unterschätzt wird. Für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung macht sich außerdem erschwerend bemerkbar, dass aufgrund der personenbezogenen Datenstruktur keine Rückschlüsse auf den Haushaltskontext möglich sind, der jedoch den Ausgangspunkt für die Ermittlung und Beschreibung von Armuts- und Unterversorgungslagen bildet (vgl. Voges 2002). Dass die GEK-Daten für den vorliegenden Bericht dennoch herangezogen werden, ist neben den eingangs genannten Vorzügen von Krankenkassendaten durch den Mangel alternativer Datenquellen zum Krankheits- und insbesondere zum Sterbegeschehen in Deutschland begründet.

2.4 Studie „Health Behaviour in School-Aged Children“ 2002

Die Datenlage zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist alles andere als zufrieden stellend, insbesondere wenn der Fokus auf die gesundheitlichen Konsequenzen von Armut und sozialer Ungleichheit gerichtet ist. Aus diesem Grund führt das Robert Koch-Institut derzeit den bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) durch, der ab 2006 aussagekräftige Informationen zur gesundheitlichen wie sozialen Situation der heranwachsenden Generation bereitstellen wird. Aussagen zur gesundheitlichen Chancenungleichheit im Jugendalter sind bislang vor allem anhand von Daten der Studie „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ möglich, die von der Weltgesundheitsorganisation (Regionalbüro Europa) gefördert wird und an der sich zuletzt über 30 Länder beteiligt haben. Die Studie wird seit 1982 im Abstand von etwa vier Jahren durchgeführt und zielt darauf, den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen zu untersuchen und einem internationalen Vergleich zugänglich zu machen. Die sozialen und individuellen Determinanten der gesundheitlichen Situation in der Adoleszenz stellen dabei einen besonderen Schwerpunkt dar. Die Ergebnisse der HBSC-Studie sollen zur Erweiterung des Grundlagenwissens über die Entstehungs- und Entwicklungsbedingungen von früh auftretenden Krankheiten, Beschwerden und Gesundheitsrisiken beitragen und zugleich Hinweise auf die Möglichkeiten zur Planung und Umsetzung von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen liefern (Currie et al. 2000).

Deutschland beteiligt sich seit 1994 an der HBSC-Studie, zunächst allerdings nur vertreten durch das Bundesland Nordrhein-Westfalen. An der aktuellen Erhebung aus dem Jahr 2002, die dem vorliegenden Bericht zugrunde liegt, haben sich außerdem Sachsen, Hessen und Berlin beteiligt. Insgesamt wurden in den beteiligten Bundesländern 23.111 Schüler und Schülerinnen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren befragt. Die Ziehung der Stichprobe folgte einem Clusterverfahren, das entweder die Klasse oder in Ausnahmefällen die Schule als primäre Stichprobeneinheit verwendet.² Dabei sind alle regulären Schulformen (Hauptschulen, Realschulen, Gymnasien und Gesamtschulen bzw. in einigen Bundesländern die Mittelschulen) jeweils repräsentativ für das betreffende Bundesland vertreten. Für die Auswertungen wurde ein für Deutschland strukturtypischer Datensatz generiert, der Angaben zu insgesamt 5.650 Jugendlichen umfasst (Hurrelmann et al. 2004; Richter, Hurrelmann 2004).³

Zentrales Erhebungsinstrument war ein Fragebogen, der sich direkt an die Jugendlichen richtete und im Klassenraum in Gegenwart der Lehrer oder geschulter Interviewer ausgefüllt werden sollte. Die Schüler und Schülerinnen wurden allerdings nur befragt, wenn sie zur Teilnahme bereit waren und eine schriftliche Einverständniserklärung der Eltern vorlag. Die Responserate betrug in den einzelnen Bundesländern zwischen 70 und 80 %. Gründe für Non-Response waren neben der Teilnahmeverweigerung die zumeist krankheitsbedingte Abwesenheit der Schüler bzw. Schülerinnen an den Befragungstagen oder die generelle Absage der angefragten Schulen. Das Themenspektrum der Befragung war breit angelegt und beinhaltete unter anderem Fragen zur subjektiven Gesundheit, zu psychosomatischen Beschwerden, Allergien, Unfallrisiken, Gewaltanwendung, Substanzkonsum (insb. Tabak, Alkohol und illegale Drogen), Essverhalten und Diäten, Körpergröße und Körpergewicht sowie zu körperlicher Aktivität und Sportausübung. Da außerdem Angaben zur Familiensituation, zur beruflichen Situation der Eltern, zum Kontakt mit Gleichaltrigen, dem Freizeitverhalten und den schulischen Bedingungen erhoben wurden, lässt sich die Gesundheit der Jugendlichen im Zusammenhang mit ihrer Lebenslage betrachten. So gesehen eröffnet die HBSC-Studie der am Lebenslagen-Ansatz ausgerichteten Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung zahlreiche Anknüpfungspunkte. Unbefriedigend bleibt allerdings, dass keine Angaben der Eltern vorliegen und nur Befragungsdaten erhoben werden. Die im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey durchgeführten Elternbefragungen und medizini-

² Die deutsche Stichprobe basiert – gemäß den Richtlinien des HBSC-Forschungsverbundes – auf einer Zufallsauswahl von Schulklassen aller Schulen in den vier beteiligten Bundesländern der fünften, siebten und neunten Klassenstufen, so dass die Altersgruppen der 11-, 13- und 15-Jährigen mit einer Abweichung von etwa einem halben Jahr repräsentiert sind.

³ Zur Erstellung eines gesamtdeutschen Datensatzes wurde aus den 23.111 Jugendlichen eine randomisierte Auswahl stratifiziert für Bundesland, Alter, Geschlecht und Schultyp getroffen, die mit kleinen Einschränkungen als repräsentativ für Jugendliche der entsprechenden Altersgruppen in ganz Deutschland gilt.

schen Untersuchungen bedeuten hier ebenso eine Erweiterung wie die Ausweitung der Altersspanne auf 0 bis 18 Jahre sowie die bundesweite Repräsentativität (Kurth et al. 2002).

2.5 Sozio-oekonomisches Panel 1998-2003

Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) ist eine repräsentative Längsschnittbefragung, die seit 1984 in jährlichem Abstand dieselben Personen und Haushalte einbezieht (SOEP Group 2001; Haiken-DeNew, Frick 2003). Das Hauptanliegen des SOEP ist eine zeitnahe Erfassung des politischen und gesellschaftlichen Wandels in Deutschland. Dazu werden neben objektiven Lebensumständen auch subjektive Wahrnehmungen, wie sie in der individuellen Zufriedenheit und Bewertung der Lebenssituation zum Ausdruck kommen, erfragt. Die Verantwortung für die Planung und Durchführung des SOEP liegt beim Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW). Finanziert wird das Forschungsvorhaben durch Projektmittel der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) und eine Zusatzfinanzierung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF). Mit der Feldarbeit ist die I+G Gesundheitsforschung GmbH beauftragt.

Das SOEP ist als Haushaltsbefragung konzipiert, die sich an alle im Haushalt lebenden Personen ab 16 Jahre richtet. Für die erste Erhebung wurde 1984 eine für Westdeutschland repräsentative Stichprobe befragt, die insgesamt rund 12.000 Personen in 6.000 Haushalten umfasste. Personen mit türkischer, griechischer, jugoslawischer, spanischer oder italienischer Staatsangehörigkeit waren überrepräsentiert, um zumindest für die am stärksten in Deutschland vertretenen Migrantengruppen repräsentative Aussagen treffen zu können. Aufgrund von Verweigerungen der weiteren Teilnahme, Umzügen ins Ausland und Todesfällen kam es über die Jahre unweigerlich zu Stichprobenausfällen (Panelmortalität). Begegnet wird der abnehmenden Teilnehmerzahl durch die Ziehung von Ergänzungsstichproben. Außerdem wurden in der Vergangenheit mehrere Zusatzstichproben gezogen, um aktuellen gesellschaftlichen Ereignissen und Entwicklungen gerecht werden zu können, z.B. der Wiedervereinigung und der zeitweilig verstärkten Zuwanderung aus dem Ausland. Im Jahr 2000 wurde zudem eine umfangreiche Innovationsstichprobe erhoben, die neben der Stabilisierung der Fallzahl auch zur Erprobung neuer Erhebungskonzepte diente. Gegenwärtig umfasst das SOEP fast 25.000 Personen in 13.000 Haushalten.

Die Befragungen im SOEP, die als persönliche Interviews konzipiert sind, basieren auf vier Erhebungsinstrumenten: Mit dem Haushaltsfragebogen werden vom Haushaltsvorstand aktuelle Eckdaten zur Wohnsituation, Einkommen und Haushaltskonstellation erfasst. Der Per-

sonenfragebogen wendet sich an alle Haushaltsmitglieder im Alter ab 16 Jahren und bezieht sich auf personenbezogene Angaben zur Lebenssituation. Zu im Haushalt lebenden Kindern und Jugendlichen werden umfassende Informationen von den Eltern erhoben. Zudem werden von allen Teilnehmern einmalig Angaben zum bisherigen Lebensverlauf, insbesondere zur Erwerbs- und Familienbiographie, erfragt. Fragen zur Gesundheit finden sich vor allem im Personenfragebogen. Die Gesundheit stellt zwar nach wie vor keinen Themenschwerpunkt des SOEP dar, die Zahl der Gesundheitsfragen hat in den letzten Jahren aber sukzessive zugenommen. Von Beginn an im Erhebungsprogramm enthalten waren Fragen zur Zufriedenheit mit der Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung. Hinzugekommen sind im Laufe der Zeit vor allem Fragen zum Gesundheitsverhalten, zur Pflegebedürftigkeit und weitere Fragen zur Versorgung. Im Jahr 2002 wurden erstmals auch Informationen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität erhoben und dazu mit dem SF-12 (International Health Survey Scoring Set) auf ein international eingesetztes Instrument zurückgegriffen. Außerdem werden im SOEP Todesfälle der Studienteilnehmer erfasst, so dass Mortalitätsanalysen möglich sind (Grabka 2002).

Obgleich die Gesundheitsdaten des Sozio-oekonomischen Panels nicht die gleiche Breite und Tiefe erreichen wie die Daten der Gesundheitssurveys, stellen sie eine gute Grundlage für Analysen zur gesundheitlichen Ungleichheit dar. Indem sie Einblicke in zeitliche Verläufe und Veränderungen der Gesundheit auf Individualebene gewähren, sind sie mit Erkenntnismöglichkeiten verbunden, die bislang durch keinen anderen Survey in Deutschland eröffnet werden. Weitere Vorteile ergeben sich aufgrund der Ausländer- und Zuwandererstichprobe. Das SOEP stellt gegenwärtig eine der besten Datengrundlagen bereit, um repräsentative Aussagen zur gesundheitlichen Lage von Migranten und Migrantinnen zu machen.

2.6 Mikrozensus 1999 und 2003

Beim Mikrozensus handelt es sich um eine bundesweite Befragung einer repräsentativen 1 %-Bevölkerungsstichprobe, die seit 1957 einmal pro Jahr durchgeführt wird (Emmerling, Riede 1997). Im Jahr 1991 wurde der Mikrozensus auf die neuen Bundesländer und Ost-Berlin ausgeweitet. Die Stichprobe umfasst seitdem Jahr für Jahr ca. 820.000 Personen in über 380.000 Haushalten. Das Grundprogramm des Mikrozensus dient der Erfassung erwerbsstatistischer und soziodemographischer Merkmale und beinhaltet unter anderem Fragen zur Größe und Zusammensetzung des Haushaltes, Familienkonstellation, Einkommenssituation, Erwerbstätigkeit, Ausbildung sowie Renten- und Pflegeversicherung. Die Teilnahme am Grundprogramm basiert auf einer gesetzlichen Grundlage und ist für die ausgewähl-

ten Personen verpflichtend. Der Stichprobenausfall kann dadurch sehr gering gehalten werden; 1999 lag die Verweigerungsrate bei 2,6 % (Statistisches Bundesamt 2001).

Die Gesundheit ist zwar kein Themenschwerpunkt des Mikrozensus, zu einzelnen Gesundheitsaspekten sind aber Informationen verfügbar. Die Fragen zur Gesundheit sind Bestandteil einer Zusatzerhebung, die sich gegenwärtig an ungefähr die Hälfte der Befragten richtet. Im Gegensatz zum Grundprogramm basieren die Zusatzerhebungen des Mikrozensus auf einer freiwilligen Teilnahme und werden in mehrjährigen Abständen realisiert. Zuletzt wurden die Fragen zur Gesundheit in den Jahren 1999 und 2003 gestellt. Dass die Gesundheitsangaben auf Freiwilligkeit beruhen, schränkt ihre Repräsentativität nicht entscheidend ein. Im Jahr 1999 haben lediglich 13 % der Befragten die Antwort auf die Fragen zur Gesundheit verweigert; in den vorausgegangenen Durchgängen lag die Verweigererquote zwischen 9 % und 12 %.

Die Aussagen der Expertise beziehen sich größtenteils auf die Daten für das Jahr 1999, da für das Jahr 2003 noch kein Public Use-File zur Verfügung steht. Einzelbetrachtungen sind aber möglich, weil das Statistische Bundesamt einen Teil der aktuellen Daten bereits publiziert bzw. auf Anfrage vorab ausgewertet hat. Die Fragen zur Gesundheit im Mikrozensus 1999 bezogen sich auf chronische Krankheiten, Unfallverletzungen, Behinderungen, Grippe-schutzimpfung, ärztliche oder Krankenhausbehandlung. Außerdem wurden zum wiederholten Male mehrere Fragen zum Rauchverhalten gestellt. Zusätzlich kann auf Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung, zu Leistungen der Pflegeversicherung und zur Pflegebedürftigkeit zurückgegriffen werden, die zum Standarderhebungsprogramm des Mikrozensus gehören.

Aufgrund der Stichprobengröße und der hohen Repräsentativität der erhobenen Daten stellt der Mikrozensus eine gute Grundlage für kontinuierliche und konsistente Beobachtungen zur Gesundheit im Rahmen der Armuts- und Reichtumsberichterstattung dar. Im Gegensatz zu den meisten anderen Datenquellen lässt er tief gegliederte Betrachtungen zu, so dass unterschiedliche Ausprägungen gesundheitlicher Ungleichheit nach Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Familienstand oder Elternstatus untersucht werden können. Außerdem gehört der Mikrozensus neben dem Sozio-oekonomischen Panel zu den wenigen bevölkerungsrepräsentativen Datenquellen, die Informationen zur sozialen und gesundheitlichen Lage von Migranten und Migrantinnen liefern. Im Grundprogramm wird nach der Staatszugehörigkeit gefragt und bei Ausländern/Ausländerinnen zusätzlich nach dem Zuzugsjahr. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass der Mikrozensus für die erfassten Ausländergruppen repräsentativ ist. Eine Einschränkung der Repräsentativität ergibt sich aber dadurch,

dass die Fragebögen nur auf Deutsch vorliegen und lediglich für wenige Sprachen, z.B. Türkisch oder Russisch, auf Übersetzungshilfen zurückgegriffen werden kann.

Literaturverzeichnis

- Bellach B-M (1999) Editorial: Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 – Erfahrungen, Ergebnisse, Perspektiven. Das Gesundheitswesen 61 (Sonderheft 2), S55-S56
- Emmerling D, Riede T (1997) 40 Jahre Mikrozensus. Wirtschaft und Statistik 21, S. 160-174
- Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R, Todd J (2000) Health and Health Behaviour among Young People. Health Policy for Children and Adolescents (HEPCA) Series No 1. WHO Europe, Copenhagen
- Grabka M (2002) Das Sozio-ökonomische Panel (SOEP): Vergessene Datenquelle der Gesundheitsberichterstattung. In Robert Koch-Institut (Hrsg.) Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. RKI, Berlin
- Haisken-DeNew JP, Frick JR (2003) DTC – Desktop Companion to the German Socio- economic Panel Study (SOEP), 7.0 edition. DIW, Berlin
- Helmert U (2003) Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken. Maro Verlag, Augsburg
- Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W, Ravens-Sieberer U (2004) Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Juventa Verlag, Weinheim München, S. 183-242
- Kohler M, Ziese T (2005) Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen. Deskriptiver Ergebnisbericht. Robert Koch-Institut, Berlin
- Kurth B-M, Bergmann KE, Dippelhofer A, Hölling H, Kamtsiuris P, Thefeld W (2002) Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Was wir wissen, was wir nicht wissen, was wir wissen werden. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 45, S. 852-858
- Kurth B-M, Ziese T, Tiemann F (2005). Gesundheitsmonitoring auf Bundesebene. – Ansätze und Perspektiven. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 48.
- Lampert T, Kohler M, Neuhauser N, Ziese T (2005) Telefonsurveys als Baustein eines Gesundheitsmonitorings in Deutschland. Public Health Forum 13 (im Druck)
- Richter M, Hurrelmann K (2004) Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Jugendalter. Sonderauswertung der Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) im Auftrag des Robert Koch-Instituts. Universität Bielefeld, Bielefeld
- SOEP Group (2001) The German Socio-economic Panel (GSOEP) after more than 15 years – Overview. DIW – Vierteljahrszeitschrift 70, S. 7-14
- Statistisches Bundesamt (1998) Gesundheitsbericht für Deutschland. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2001) Daten zur Gesundheit. Fachserie 12. Metzler Poeschel, Stuttgart
- Stolzenberg H (2002) Gesundheitssurveys in Deutschland. In Robert Koch-Institut (Hrsg.) Der Bundes-Gesundheitssurvey – Baustein der Gesundheitssurveillance in Deutschland. RKI, Berlin

Thefeld W, Stolzenberg H, Bellach BM (1999) Bundes-Gesundheitssurvey: Reponse, Zusammensetzung der Teilnehmer und Non-Responder-Analyse. Das Gesundheitswesen 61 (Sonderheft 2), S57-S61

Voges W (2002) Perspektiven des Lebenslagenkonzeptes. Zeitschrift für Sozialreform 48, S. 262-278

Voges W, Helmert U, Timm A, Müller R (2004) Soziale Einflussfaktoren von Morbidität und Mortalität. Sonderauswertung von Daten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) im Auftrag des Robert Koch-Institutes. Zentrum für Sozialpolitik, Bremen

3 Gesundheitliche Auswirkungen von Einkommensungleichheit

Das Einkommen eröffnet den Zugang zu den meisten Bedarfs- und Gebrauchsgütern und stellt damit eine wesentliche Voraussetzung für die Befriedigung individueller Grundbedürfnisse dar. Darüber hinaus ist das Einkommen eine wichtige Grundlage für die Vermögensbildung, den Besitzerwerb und die soziale Absicherung. Einkommensnachteile verringern die Konsummöglichkeiten und gehen oftmals mit einer Unterversorgung in anderen Bereichen, wie z.B. der Wohnsituation, der sozialen Integration und der kulturellen Teilhabe, einher.

Zusammenhänge zwischen Einkommen und Gesundheit werden durch zahlreiche Studien bestätigt. Vor allem von Armut betroffene Bevölkerungskreise sind verstärkt von Krankheiten und Beschwerden betroffen, schätzen ihre eigene Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter ein und unterliegen einem höheren vorzeitigen Sterberisiko (Heinzel-Gutenbrunner 2001; Helmert et al. 1997a; Klein, Unger 2001). Außerdem neigen sie eher zu gesundheitsriskanten Verhaltensgewohnheiten, was insbesondere beim Tabakkonsum zum Ausdruck kommt, sich aber auch für eine ungesunde Ernährungsweise und mangelnde körperliche Aktivität belegen lässt (Helmert et al. 1997a,b). Auswirkungen auf die Gesundheit lassen sich auch oberhalb der Armutsgrenze beobachten, wenngleich dieser Effekt eines zunehmenden Wohlstandes geringer ausfällt als der Armutseffekt.

Noch deutlicher als in Deutschland kommen die Zusammenhänge zwischen Einkommen und Gesundheit in Ländern zum Ausdruck, die über andere soziale Sicherungssysteme verfügen und in denen direkte Käufe von Gesundheitsleistungen bzw. Zuzahlungen eine größere Rolle spielen, z.B. in Großbritannien und den Vereinigten Staaten (Wilkinson 1996; Hummer et al. 1998; Klein, Unger 2001). Ausgangs- und Bezugspunkt vieler Forschungsbemühungen war der Anfang der 80er Jahre in Großbritannien veröffentlichte Black Report, der auf gravierende soziale Gradienten in der Morbidität und Mortalität hinwies und diese insbesondere auf die materielle Deprivation und die daraus erwachsenden Belastungen der unteren Berufsklassen zurückführte (Townsend et al. 1990; Macintyre 1997). Auf die Bedeutung des gesamtgesellschaftlichen Zusammenhalts deuten aktuelle Studien hin, die zeigen, dass die Lebenserwartung nicht mehr in den Ländern und Regionen mit dem höchsten Wohlstandsniveau und Pro-Kopf-Einkommen am stärksten ansteigt, sondern in denen mit der geringsten Einkommensungleichheit (Wilkinson 1996; Kennedy et al. 1996).

Die Messung von Einkommensarmut und -ungleichheit geht heute in der Regel vom Äquivalenzeinkommen aus, d.h. dem nach Größe und Zusammensetzung des Haushaltes bedarfsgewichteten monatlichem Haushaltsnettoeinkommen. Damit werden die Einsparungen durch

gemeinsames Wirtschaften in einem Mehr-Personen-Haushalt sowie die unterschiedlichen Einkommensbedarfe von Erwachsenen und Kindern berücksichtigt (Hauser 2002). Für die Bedarfsabschätzung orientiert sich die Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung an der neuen OECD-Skala, die im Vergleich zur alten OECD-Skala die Einkommensersparnisse von Mehr-Personen-Haushalten höher bewertet (BMGS 2005). Zur Abgrenzung des Armutsrisikos wird gemäß einer zwischen den EU-Staaten im Jahr 2001 erzielten Vereinbarung der Schwellenwert bei einem verfügbaren Netto-Äquivalenzeinkommen unter 60 % des gesamtgesellschaftlichen Durchschnitts (Median) angesetzt. Um die Einkommensungleichheit differenziert betrachten zu können, werden im Folgenden vier weitere Einkommensgruppen unterschieden: 60 bis unter 80 %, 80 bis unter 100 %, 100 bis unter 150 % sowie 150 % und höher. Neben der Armutsrisikogruppe gilt Personen mit einem Äquivalenzeinkommen zwischen 60 und unter 80 % besondere Aufmerksamkeit, da diese bei Arbeitslosigkeit oder Überschuldung schnell in die Nähe des Armutsbereichs geraten („prekäre Wohlstandsgruppe“, vgl. Hübinger 1996).

Für die Expertise wurden Analysen zum Einfluss des Einkommens auf die Gesundheit und Lebenserwartung durchgeführt, die überwiegend auf Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) basieren. Im Gegensatz zu den anderen für die Expertise herangezogenen Datensätzen ermöglicht das SOEP eine verlässliche Einkommensmessung und Bestimmung des Äquivalenzeinkommens. Da das SOEP zu einzelnen Gesundheitsthemen keine Informationen bereitstellt, z.B. zu chronischen Krankheiten und Beschwerden, werden ergänzende Betrachtungen anhand von Daten der Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts und der Gmünder Ersatzkasse angestellt.

3.1 Armutsrisiko und Einkommensungleichheit

Die Einkommensentwicklung in Deutschland ist durch einen kontinuierlichen Anstieg des durchschnittlichen Einkommens gekennzeichnet. Im Jahr 2003 lag das verfügbare monatliche Netto-Äquivalenzeinkommen im Mittel bei 1.740 Euro (Median: 1.564 Euro), was einem nominalen Anstieg um etwa 17 % seit 1993 entspricht (Tabelle 3.1). In den neuen Bundesländern zeichnet sich der prozentuale Einkommenszuwachs noch stärker ab, doch liegt das Durchschnittseinkommen dort nach wie vor deutlich unter dem Vergleichswert für das alte Bundesgebiet. Gleichzeitig hat die **Armutsrisikoquote** von 11,7 % im Jahr 1993 bis auf 13,5 % im Jahr 2003 zugenommen. In den neuen Bundesländern liegt sie gegenwärtig deutlich höher als im alten Bundesgebiet (19,3 % gegenüber 12,2 %).

Tabelle 3.1**Einkommensverteilung in Deutschland 1993-2003**

Datenbasis: Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (BMAS 2001; BMGS 2005)

	Gesamtes Bundesgebiet			Alte Bundesländer			Neue Bundesländer		
	1993	1998	2003	1993	1998	2003	1993	1998	2003
Netto-Äquivalenzeinkommen									
Arithmetisches Mittel in €/ Monat	1.490	1.541	1.740	1.592	1.607	1.803	1.080	1.254	1.462
Median in €/ Monat	1.301	1.375	1.564	1.407	1.445	1.624	1.004	1.182	1.335
Einkommensungleichheit									
Armutsquote (< 60 % Median)	11,7	12,1	13,5	9,1	11,0	12,2	22,0	17,1	19,3
Gini-Koeffizient	0,266	0,255	0,257	0,262	0,257	0,258	0,199	0,211	0,226

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sind überproportional durch Armut bedroht. Von den bis 15-Jährigen sind 15 % einem Armutsrisiko ausgesetzt, in der Gruppe der 16- bis 24-Jährigen sind es sogar 19,1 % (im Vergleich dazu: 25- bis 49-Jährige: 13,5 %; 50- bis 64-Jährige: 11,5 %; 65-Jährige und Ältere: 11,4 %). In der Erwachsenenbevölkerung finden sich die höchsten Armutsrisikoquoten bei Arbeitslosen mit 40,9 % und allein Erziehenden mit 35,4 % (BMGS 2005).

Bei der Bewertung dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass Deutschland im europäischen Vergleich nach Schweden und Dänemark zu den Ländern mit der niedrigsten Armutsrisikoquote zählt (EUROSTAT-Zahlen für 2001). Außerdem ist Armut für die meisten Betroffenen eine vorübergehende Erfahrung. Etwa ein Jahr nach Eintritt in die Armutslage hat etwa ein Drittel diese wieder verlassen; nach zwei Jahren sind es zwei Drittel. Im Zeitraum zwischen 1998 und 2003 waren lediglich 7 % der Bevölkerung durchgehend dem Risiko relativer Einkommensarmut ausgesetzt. Unter den Langzeitarmen weisen viele ein geringes berufliches Qualifikationsniveau und eine prekäre Arbeitsmarktanbindung auf; ein Großteil ist arbeitslos (BMAS 2001; BMGS 2005).

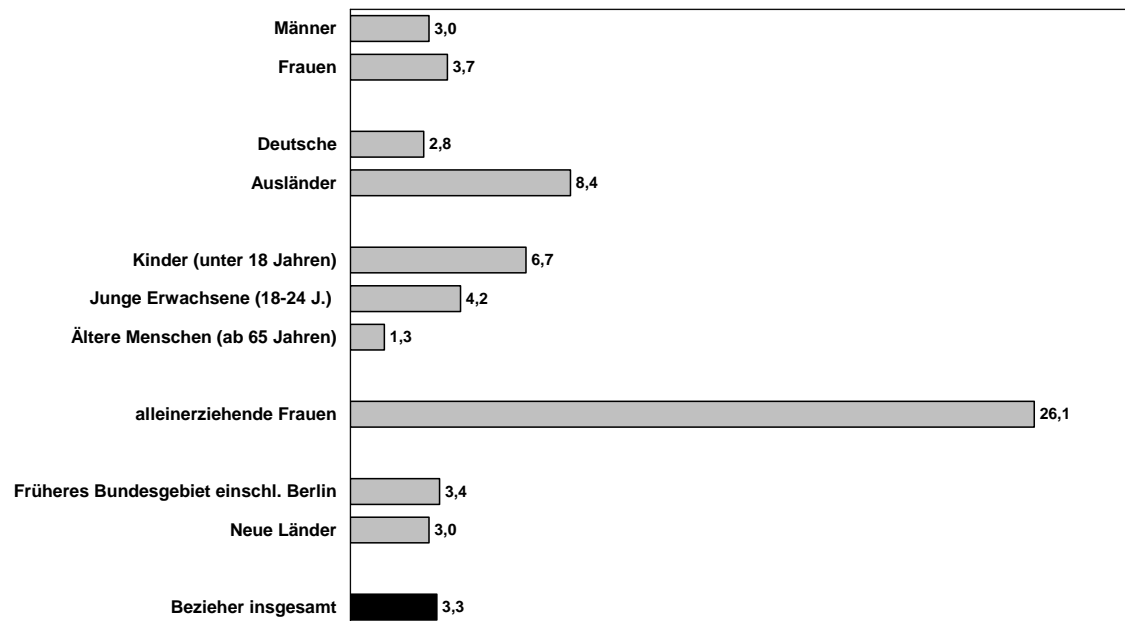
Die Zunahme gesellschaftlicher Problemlagen und Verteilungsungleichheiten lässt sich auch an der Entwicklung der **Sozialhilfeabhängigkeit** verdeutlichen. Seit Anfang der 60er Jahre ist die Sozialhilfequote, die sich auf den Anteil der Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) bezieht, von unter 1 % auf 3,3 % im Jahr 2002 angestiegen. Abbildung 3.1 lässt sich entnehmen, dass Kinder und Jugendliche häufiger und ältere Menschen seltener als der Bevölkerungsdurchschnitt von Sozialhilfe leben. Auch Migrantinnen und Migranten sind vermehrt auf Sozialhilfe angewiesen. Die höchste Sozialhilfequote findet sich unter allein erziehenden Frauen (26,1 %). Die Erziehung von Kindern nimmt viel Zeit in Anspruch und vermindert damit die Aussichten auf dem Arbeitsmarkt und die Einkommenschancen.

Die Schwierigkeit der Vereinbarkeit von Erwerbs- und Familienarbeit, mit der sich viele Mütter und auch Väter konfrontiert sehen, wird hier besonders deutlich.

Abbildung 3.1

Sozialhilfequoten in verschiedenen Bevölkerungsgruppen am Jahresende 2002¹

Quelle: Statistisches Bundesamt 2003



¹ Bezieher laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen am 31.12.2002

Dass die Sozialhilfeabhängigkeit in den neuen Bundesländern nach wie vor niedriger ist als in den alten Bundesländern (3,0 % gegenüber 3,4 %), hängt u.a. mit der insgesamt höheren Erwerbsbeteiligung und der lange Zeit kontinuierlicher verlaufenden Erwerbsbiographien, die einen längerfristigen Anspruch auf Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe begründen, zusammen.

3.2 Einkommensdifferenzen im Krankheits- und Sterbegeschehen

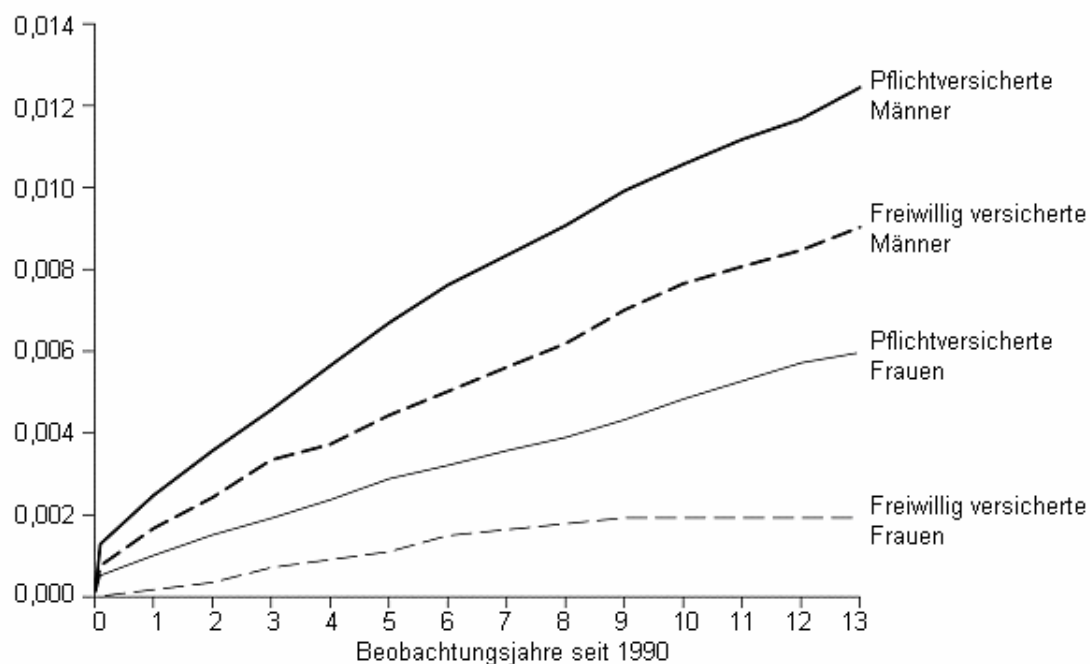
Aussagen zum Vorkommen spezifischer Krankheitsbilder lassen sich anhand von Daten der Gmünder Ersatzkasse treffen. Zwar stehen keine Informationen zum Einkommen zur Verfügung, zur Annäherung kann aber auf den Versichertenstatus zurückgegriffen werden, da die freiwillig Versicherten ökonomisch deutlich besser gestellt sind als die Pflichtversicherten. Die Analysen zum Zusammenhang zwischen Versichertenstatus und Krankheitsvorkommen beziehen sich auf Versicherte im Alter von 40 bis 69 Jahre.

Das Muster und die Stärke des Zusammenhangs sind je nach betrachteter Erkrankung unterschiedlich ausgeprägt und variieren mit dem Alter und Geschlecht. Im Auftreten eines **Herzinfarktes** – gemessen an der kumulierten Morbiditätsrate im Zeitraum 1990 bis 2003 – zeigen sich in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen keine signifikanten Unterschiede, bei den 50- bis 59-Jährigen zeichnen sie sich nur relativ schwach ab, während sie bei den 60- bis 69-Jährigen einen deutlichen Niederschlag finden (Abbildung 3.2). Bei Männern ist die Morbiditätsrate der Pflichtversicherten am Ende des Beobachtungszeitraums etwa um den Faktor 1,3 erhöht, bei Frauen, die insgesamt seltener als Männer einen Herzinfarkt erleiden, sogar um den Faktor 3.

Abbildung 3.2

Kumulierte Morbiditätsrate für Herzinfarkt bei 60- bis 69-jährigen GEK-Mitgliedern des Jahres 1990 nach Versichertenstatus und Geschlecht

Datenbasis: Gmünder Ersatzkasse 1990-2003 (Voges et al. 2004)



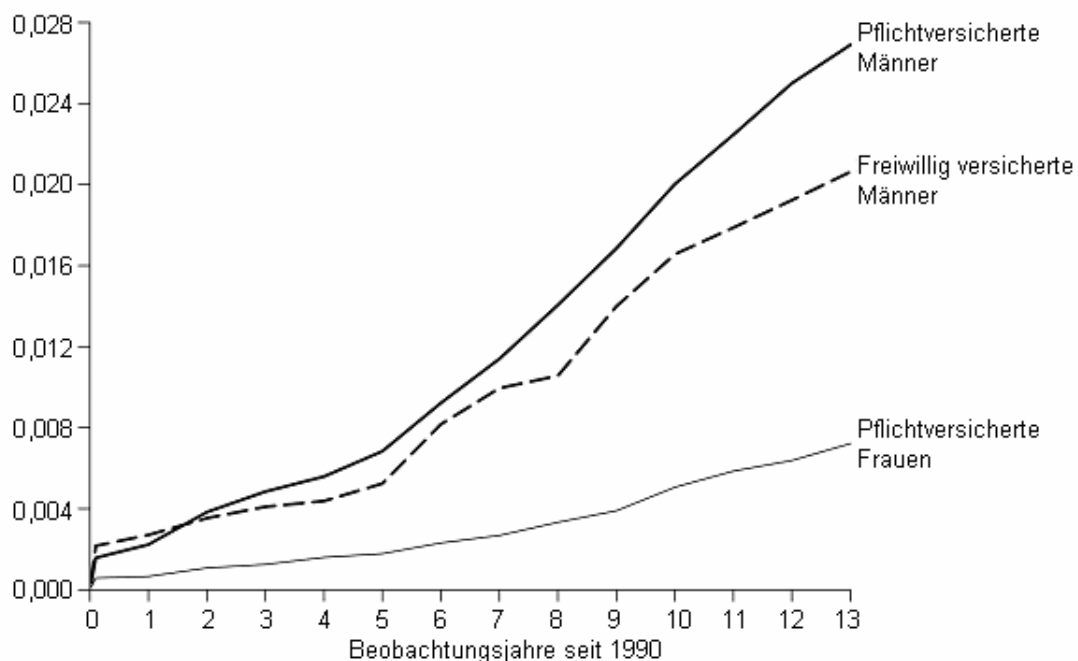
Bei Männern lassen sich zudem Unterschiede im Auftreten von **Lungenkrebs** beobachten. Die Unterschiede zwischen den Pflicht- und freiwillig Versicherten zeichnen sich bereits in den Altersgruppen der 40- bis 49-Jährigen und 50- bis 59-Jährigen ab, treten aber bei den 60-Jährigen und Älteren am deutlichsten hervor (Abbildung 3.3). Ein Grund für die Unterschiede dürfte der höhere Tabakkonsum in den ökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen sein, da das Rauchen der entscheidende Risikofaktor für Lungenkrebs ist: Bereits bei Rauchern mit einem Konsum von weniger als 15 Zigaretten am Tag steigt das Lungenkrebsrisiko um etwa das 8-fache an. Bei Rauchern, die mehr als 25 Zigaretten am Tag rauchen, ist das Erkrankungsrisiko noch dreimal höher (Doll, Petro 1976; Doll et al. 1994).

Für Frauen lassen sich im Hinblick auf den Lungenkrebs und andere relativ selten vorkommende Krankheiten anhand der GEK-Daten keine vergleichenden Aussagen treffen, da die Fallzahlen für die freiwillig Versicherten zu gering sind – die GEK hat weitaus mehr männliche als weibliche Mitglieder, und der Anteil der freiwillig Versicherten beläuft sich bei Frauen lediglich auf 8,1 % (Männer: 27,3 %). Insgesamt liegt die Prävalenz des Lungenkrebses bei Frauen deutlich unter der von Männern. In den letzten Jahren hat sich dieser Unterschied aber infolge des zunehmenden Tabakkonsums von Frauen verringert.

Abbildung 3.3

Kumulierte Morbiditätsrate für Lungenkrebs bei 60- bis 69-jährigen GEK-Mitgliedern des Jahres 1990 nach Versichertenstatus und Geschlecht

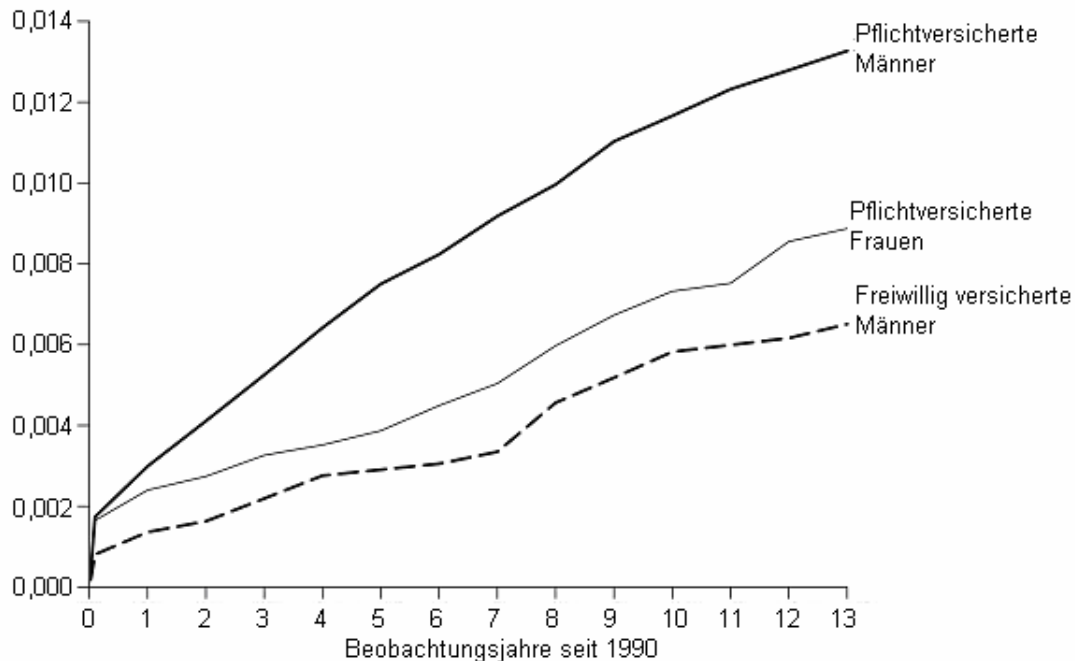
Datenbasis: Gmünder Ersatzkasse 1990-2003 (Voges et al. 2004)



Eine ähnlich eindeutige Beziehung zu einem einzelnen Risikofaktor lässt sich für die **Leberzirrhose** herstellen. Schätzungen zufolge ist das Risiko einer Leberzirrhose für Männer bei einem durchschnittlichen Alkoholkonsum von 40-60 g pro Tag etwa sechsmal so hoch wie bei einem Konsum von 20 g pro Tag (Statistisches Bundesamt 1998). Die männlichen Pflichtversicherten bei der GEK sind im Vergleich zu den freiwillig Versicherten etwa doppelt so häufig von einer Leberzirrhose betroffen (Abbildung 3.4). Für freiwillig versicherte Frauen lassen sich wiederum keine Angaben machen, jedoch zeigt sich, dass die pflichtversicherten Frauen häufiger an einer Leberzirrhose erkranken als die freiwillig versicherten Männer.

Abbildung 3.4**Kumulierte Morbiditätsrate für Leberzirrhose bei 60- bis 69-jährigen GEK-Mitgliedern des Jahres 1990 nach Versichertenstatus und Geschlecht**

Datenbasis: Gmünder Ersatzkasse 1990-2003 (Voges et al. 2004)



Weiteren Aufschluss über den Zusammenhang zwischen der ökonomischen Situation und der Krankheitshäufigkeit geben die Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts. Im Telefonischen Gesundheitssurvey 2003 berichteten 42,1 % der 30- bis 64-Jährigen mit einem Armutsrisiko von einer länger andauernden bzw. wiederkehrenden Krankheit oder Gesundheitsstörung, im Vergleich zu 36,7 % der Gleichaltrigen mit einem höheren Einkommen (Männer: 41,5 % gegenüber 34,1 %; Frauen: 42,8 % gegenüber 39,5 %). Vor allem Herzinfarkt, Diabetes mellitus, chronische Bronchitis und Adipositas kamen in der Armutsrisikogruppe vermehrt vor. Im Bundes-Gesundheitssurvey 1998, in dem eine umfassendere Krankheitsliste erhoben wurde, zeigten sich außerdem Unterschiede im Auftreten von Hypertonie, Angina pectoris, Osteoporose sowie entzündlichen Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankungen.

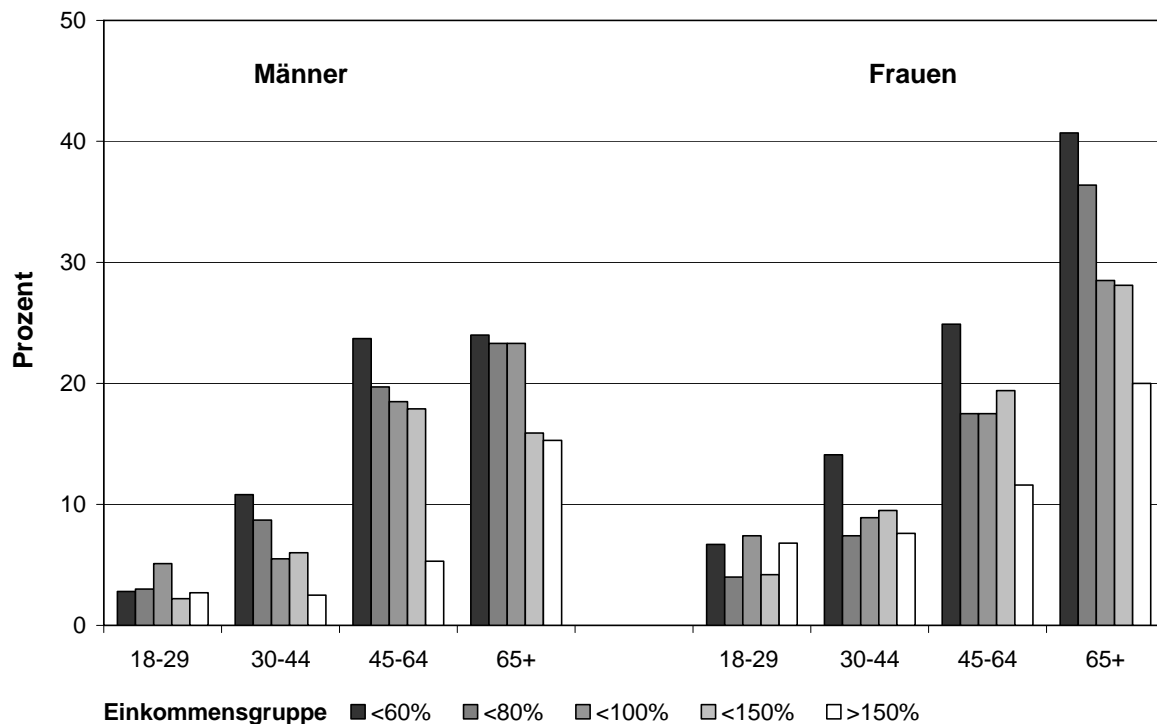
Das Sozio-oekonomische Panel 2003 erlaubt Aussagen über das Vorkommen von **Schmerzen** innerhalb der letzten 4 Wochen vor der Befragung. Demnach nimmt bei Männern wie Frauen die Schmerzprävalenz mit dem Alter zu: Während in der Gruppe der 18- bis 29-Jährigen lediglich 3,2 % der Männer und 5,7 % der Frauen betroffen sind, geben von den 65-Jährigen und Älteren 19,3% der Männer und sogar 30,4% der Frauen an, häufig Schmerzen zu haben. In der Armutsrisikogruppe ist das Schmerzvorkommen am höchsten. Dies gilt zumindest für das mittlere Lebensalter, bei Frauen zeichnet sich aber auch in der ältesten Al-

tersgruppe eine 2-fach erhöhte Betroffenheit in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe ab (Abbildung 3.5).

Abbildung 3.5

Schmerzprävalenz bei 18-jährigen und älteren Männern und Frauen nach Einkommen

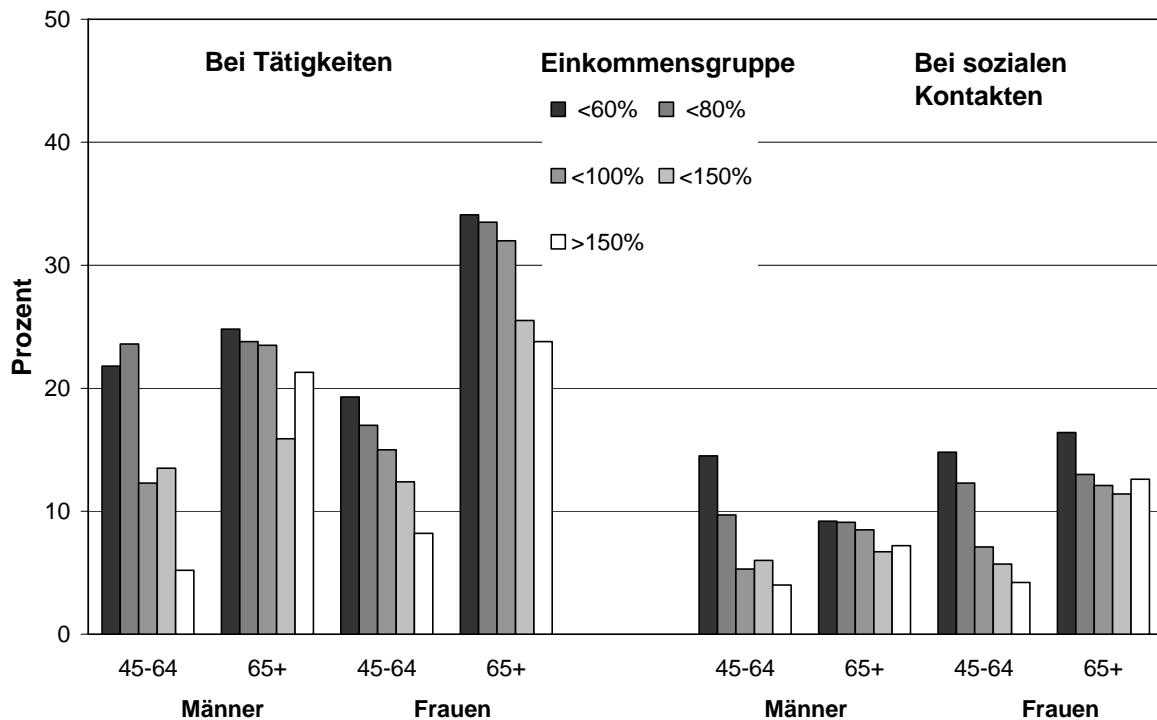
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2003



Darüber hinaus erteilt das Sozio-oekonomische Panel Auskunft über gesundheitsbedingte **Einschränkungen in der Alltagsgestaltung** und der Lebensqualität. Während Gesundheitsprobleme im jüngeren Erwachsenenalter häufig keine unmittelbaren Folgen für das alltägliche Leben haben, stellt sich dies im mittleren und höheren Alter, u.a. aufgrund der Kumulation von Gesundheitsproblemen, des Fortschreitens chronischer Krankheiten und Beschwerden sowie auch der bisweilen geringeren Bewältigungs- und Kompensationsmöglichkeiten, anders dar. Aus Abbildung 3.6 ist der Zusammenhang zwischen der Einkommenshöhe und gesundheitsbedingten Einschränkungen in alltäglichen Tätigkeiten und bei der Wahrnehmung sozialer Kontakte für Männer und Frauen ab 45 Jahre zu ersehen. In beiden Alltagsbereichen zeigt sich ein markanter Einkommensgradient, mit den stärksten Einschränkungen in der Armutsrisikogruppe.

Abbildung 3.6**Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltagsleben 45-jähriger und älterer Männer und Frauen nach Einkommen**

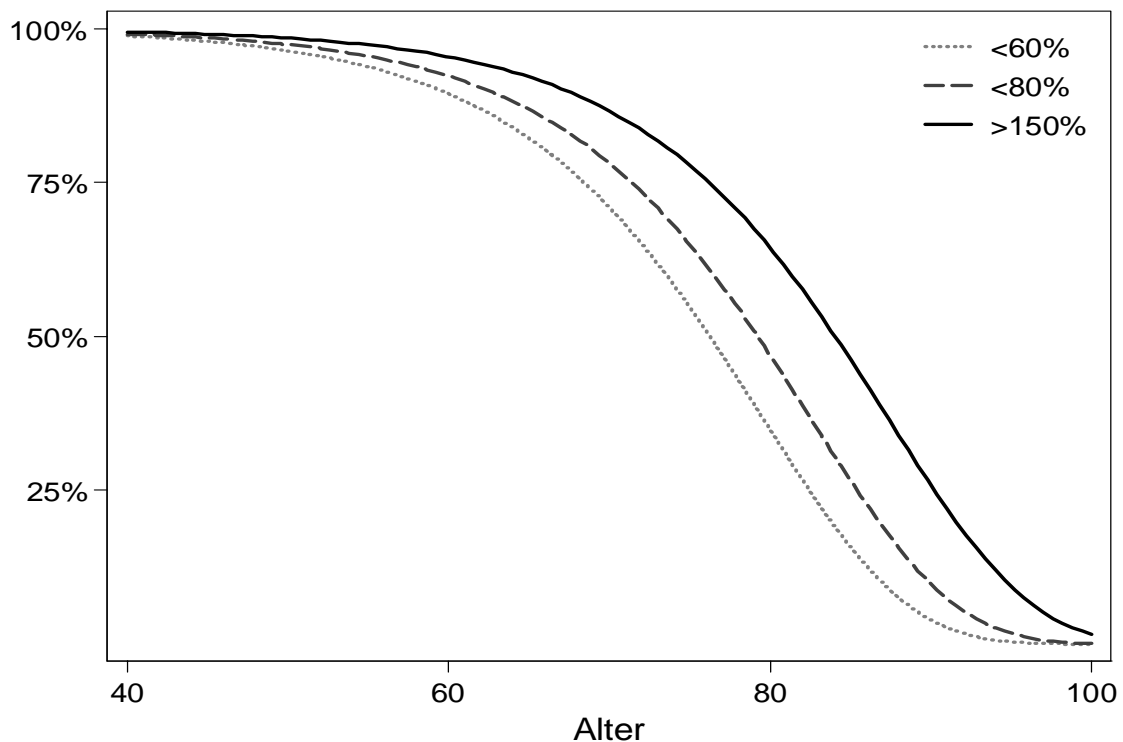
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2003



Um den Einfluss des Einkommens auf die **Mortalität** zu analysieren, können im Sozio-oekonomischen Panel die Angaben von Personen herangezogen werden, die nicht weiter teilnehmen und Auskunft über den Zeitpunkt und die Gründe für das Ausscheiden erteilt haben. Durch sorgfältige Nacherfassungen bei Nichterreichbarkeit können Todesfälle relativ gut, wenn auch nicht immer zweifelsfrei, ermittelt werden.

Abbildung 3.7**Survivorfunktionen für Männer nach Einkommen**

Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 1998-2003



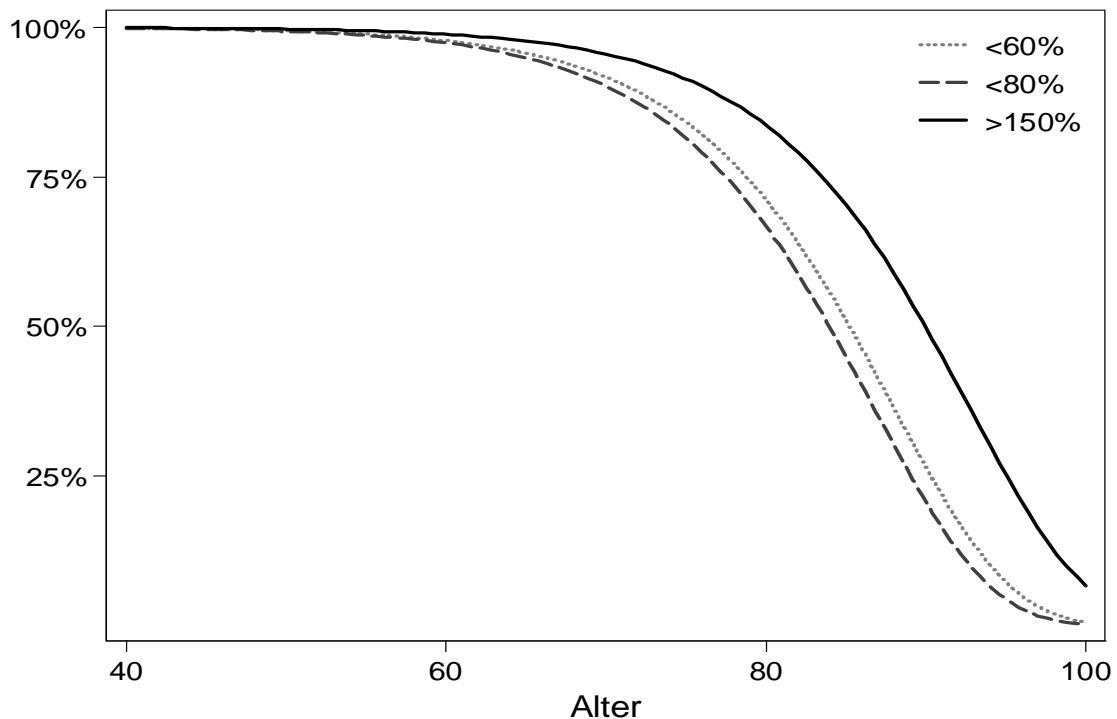
In Abbildung 3.7 sind Survivorfunktionen¹ für Männer der Armutsrisikogruppe (< 60 %) und der prekären Wohlstandsgruppe (60 bis < 80 %) im Vergleich zur Gruppe mit den höchsten Einkommen (≥ 150 %) dargestellt. Am Verlauf der Kurven lässt sich ablesen, dass in der einkommensstärksten Gruppe anteilig mehr Männer bis ins hohe Alter überleben als in den beiden ökonomisch benachteiligten Gruppen, zwischen denen allerdings auch Unterschiede zu Ungunsten von Männern mit Armutsrisiko bestehen.² Dies entspricht einem Mortalitätsrisiko der niedrigsten Einkommensgruppe, das – bei Kontrolle des Alterseffektes – im Vergleich zur ökonomisch am besten gestellten Gruppen um den Faktor 2,5 erhöht ist. Auch das Mortalitätsrisiko der prekären Wohlstandsgruppe ist signifikant erhöht (hazard ratio: 1,8).

¹ Die Survivorfunktionen wurden mit dem in der Medizin häufig verwendeten ereignisanalytischen Gompertz Modell geschätzt (StataCorp 2003).

² Auf die Darstellung der Survivorfunktionen der beiden mittleren Einkommensgruppen (80 - < 100 % und 100 - < 150 %) wurde aus Gründen der Anschaulichkeit verzichtet. Sie verlaufen unterhalb der Kurve der einkommensstärksten Gruppe, so dass von einem Einkommensgradienten in der Mortalität gesprochen werden kann.

Abbildung 3.8**Survivorfunktionen für Frauen nach Einkommen**

Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 1998-2003



Bei Frauen sind die Einkommensdisparitäten in der Mortalität ähnlich stark ausgeprägt (Abbildung 3.8), mit dem Unterschied, dass das auf die höchste Einkommensgruppe bezogene Mortalitätsrisiko in der prekären Wohlstandsgruppe noch über dem in der Armutsrisikogruppe liegt (hazard ratio: 2,0 bzw. 1,8). Der Vergleich der Survivorfunktionen für Männer und Frauen macht darüber hinaus deutlich, dass Frauen in allen Einkommensgruppen, also auch in der Armutsrisikogruppe, länger leben als Männer.

3.3 Einkommen und subjektive Gesundheit

Spätestens seit der Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1986) finden die subjektiven Aspekte der Gesundheit stärkere Beachtung. Zwar hängen auch Selbstangaben zu Krankheiten und Beschwerden von subjektiven Wahrnehmungs- und Bewertungsprozessen ab, bei Indikatoren wie der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes und der Zufriedenheit mit der Gesundheit kommen sie aber noch stärker zum Tragen. Im Sozio-oekonomischen Panel wird die **Selbsteinschätzung der allgemeinen Gesundheit** fünfstufig erfragt: „sehr gut“, „gut“, „zufrieden stellend“, „weniger gut“ und „schlecht“.

Tabelle 3.2

Anteil der Männer, die ihre eigene Gesundheit als „weniger gut“ oder „schlecht“ beurteilen nach Einkommen und Alter (Angaben in %)

Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2003

	Männer				
	18-29 Jahre	30-44 Jahre	45-64 Jahre	65+ Jahre	Gesamt
Einkommensgruppe					
< 60 %	4,2	16,1	35,3	35,5	21,2
60 - < 80 %	6,3	20,3	34,5	30,6	24,1
80 - < 100 %	5,9	8,6	26,4	35,3	19,7
100 - < 150 %	2,4	5,8	20,0	24,0	14,0
≥ 150 %	7,5	4,9	10,6	28,1	11,3
Gesamt	4,7	9,2	21,8	29,1	16,7

In Tabelle 3.2 ist der Anteil der Männer ausgewiesen, die ihre eigene Gesundheit im Jahr 2003 als „weniger gut“ oder „schlecht“ beurteilt haben. Besonders bei den Befragten im mittleren Lebensalter sind deutliche Einkommensunterschiede festzustellen. Unter den 30- bis 44-jährigen Männern beurteilen 16,1 % aus der Armutsrisikogruppe (< 60 %) und 20,3 % aus der prekären Wohlstandsgruppe (60 bis < 80 %) ihre Gesundheit als „weniger gut“ oder „schlecht“ im Vergleich zu 4,9 % aus der einkommensstärksten Gruppe. Ab dem Alter 65 Jahre ist der Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheitseinschätzung schwächer ausgeprägt. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die gesundheitliche Benachteiligung der unteren Einkommensgruppen insbesondere auf ein früheres Auftreten von Krankheiten und Beschwerden zurückzuführen ist. Eine Rolle dürften aber auch das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben und die damit verbundenen Veränderungen in den Lebensumständen und der Lebensweise spielen.

Tabelle 3.3

Anteil der Frauen, die ihre eigene Gesundheit als „weniger gut“ oder „schlecht“ beurteilen nach Einkommen und Alter (Angaben in %)

Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2003

	Frauen				
	18-29 Jahre	30-44 Jahre	45-64 Jahre	65+ Jahre	Gesamt
Einkommensgruppe					
< 60 %	13,7	15,0	40,6	41,5	27,2
60 - < 80 %	6,2	10,5	28,6	46,2	26,0
80 - < 100 %	6,4	10,4	25,0	37,4	21,9
100 - < 150 %	3,4	7,6	21,1	35,5	18,2
≥ 150 %	7,0	11,6	16,1	39,7	18,4
Gesamt	7,2	10,3	23,7	39,3	21,4

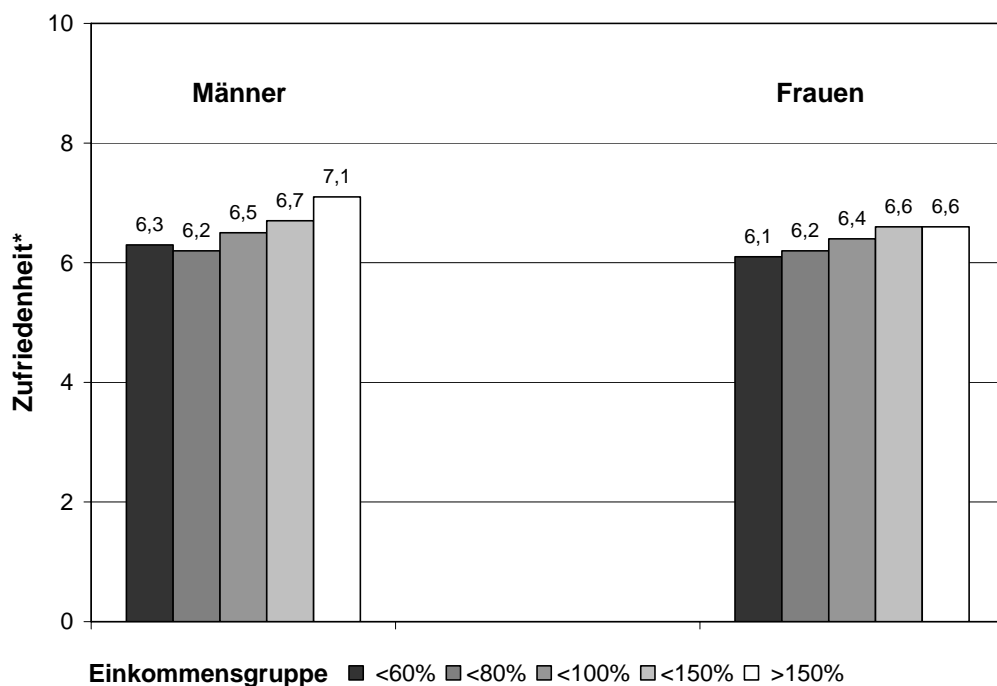
Frauen schätzen ihren eigenen Gesundheitszustand insgesamt etwas häufiger als „weniger gut“ oder „schlecht“ ein (21,4 % gegenüber 16,7 % bei Männern). Der Einfluss des Einkommens auf die Gesundheit und die diesbezüglich festzustellenden altersgruppenspezifischen Differenzen finden aber einen ganz ähnlichen Ausdruck, auch im Hinblick auf die weitgehende Angleichung bei den 65-Jährigen und Älteren. Ein geschlechtsspezifischer Unterschied zeigt sich einzig in der jüngsten Altersgruppe: Während 18- bis 29-jährige Frauen mit einem Armutsrisiko häufiger zu einer negativen Gesundheitseinschätzung kommen, trifft dies auf die gleichaltrigen Männer der Armutsrisikogruppe nicht zu.

Auch in der **Zufriedenheit mit der Gesundheit**, die im SOEP auf einer 11-stufigen Skala von 0 „ganz und gar unzufrieden“ bis 10 „ganz und gar zufrieden“ erfasst wird, spiegeln sich die Einkommensungleichheiten wider. In Abbildung 3.9 sind die mittleren Zufriedenheitswerte für Männer und Frauen der fünf Einkommensgruppen zusammengestellt. Bei Männern wie Frauen nimmt die Gesundheitszufriedenheit mit der Höhe des Einkommens sukzessive zu. Gemessen an den Skalenabständen sind die Unterschiede zwar nicht allzu groß, die Varianz dieses Indikators ist aber insgesamt gering, so dass die Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen nicht unterschätzt werden sollten.

Abbildung 3.9

Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Einkommen und Geschlecht

Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2003



* Elfstufige Skala, höhere Werte bedeuten größere Zufriedenheit

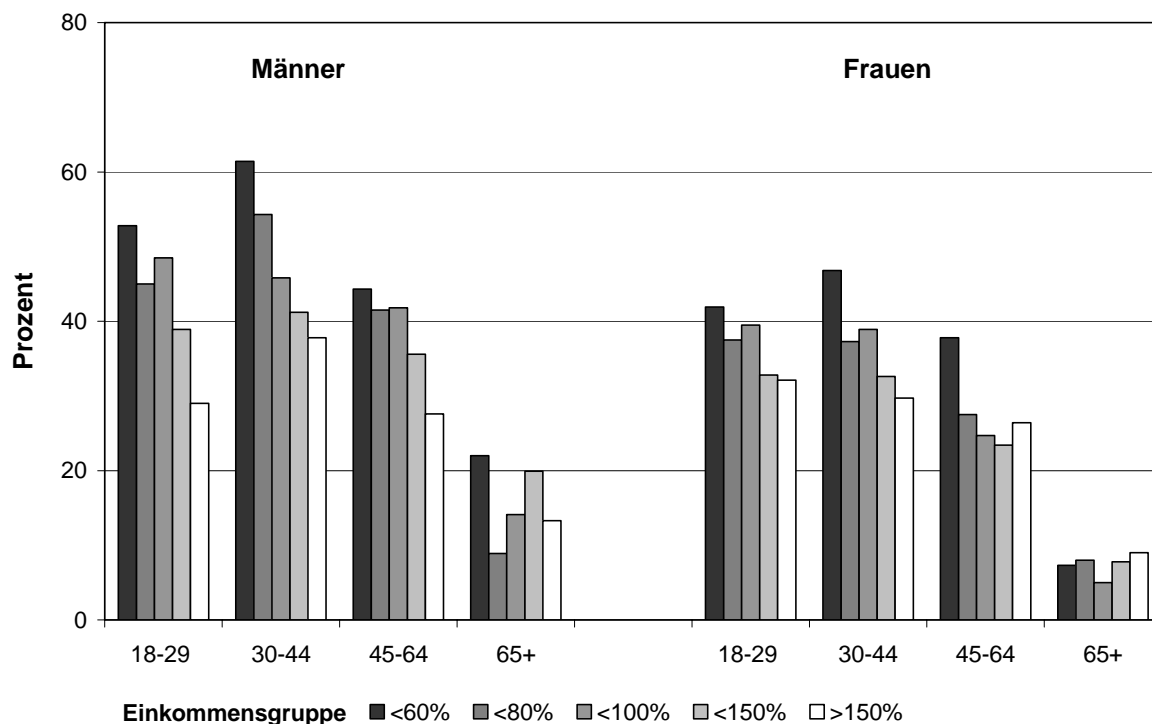
3.4 Einfluss des Einkommens auf das Gesundheitsverhalten

Die größeren gesundheitlichen Probleme in den unteren Einkommensgruppen dürften zum Teil auf ein gesundheitsriskanteres Verhalten zurückzuführen sein. Gemäß dem Mikrozensus aus dem Jahr 2003 rauchen 37,2 % der 15-jährigen und älteren Männer und Frauen mit einem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen unter 700 Euro im Vergleich zu 27,2 % der Gleichaltrigen mit höherem Einkommen. Im Jahr 1999 lagen die entsprechenden Anteile noch bei 35,2 % und 28,2 %, so dass eher von einer Zunahme als von einer Verringerung der Einkommensdisparitäten im Rauchverhalten auszugehen ist.

Abbildung 3.10

Anteil der Raucher und Raucherinnen nach Einkommen und Alter

Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2002



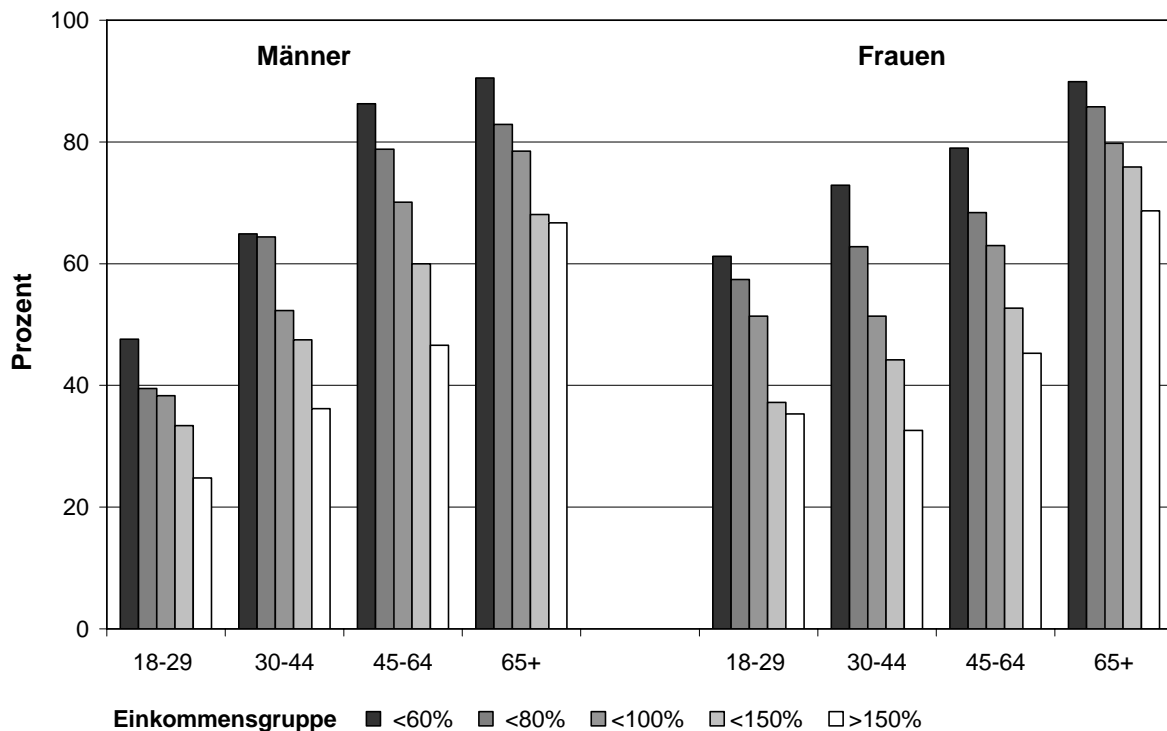
Auch das Sozio-oekonomische Panel 2002 erlaubt Aussagen zum **Tabakkonsum**. Abbildung 3.10 belegt im jungen und mittleren Lebensalter einen markant ausgeprägten Einkommensgradienten: Je niedriger das Einkommen, desto höher ist der Anteil der Raucher bzw. Raucherinnen. Die höchsten Raucheranteile finden sich bei den 18- bis 29-jährigen und 30- bis 44-jährigen Männern der Armutsrisikogruppe mit 52,8 % bzw. 61,4 %. Bei Frauen sind die Unterschiede schwächer ausgeprägt, sie zeichnen sich aber dennoch deutlich ab. Keine auffälligen Unterschiede bestehen bei den 65-Jährigen und Älteren. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass die sozialen Unterschiede im Tabakkonsum bis in die 70er

Jahre weitaus geringer waren und ein Teil der starken Raucher und Raucherinnen bereits verstorben ist (Lampert, Burger 2004).

Abbildung 3.11

Anteil der sportlich Inaktiven nach Einkommen, Alter und Geschlecht

Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2003



Ein ganz ähnliches Bild zeichnet sich in der **Sportbeteiligung** ab. Abbildung 3.11 verdeutlicht, wie hoch der Anteil der Personen in den verschiedenen Einkommensgruppen ist, die in den letzten vier Wochen überhaupt keinen Sport getrieben haben. Im Altersbereich 18 bis 64 Jahre kommt ein deutlicher Einkommensgradient zum Ausdruck, mit dem höchsten Anteil sportlich Inaktiver in der Armutsrisikogruppe. Bei Männern und Frauen im mittleren Lebensalter ist dieser 1,5- bis 2-mal höher als in der einkommensstärksten Gruppe. Im höheren Alter fallen die Unterschiede schwächer aus, sie sind aber im Gegensatz zum Tabakkonsum immer noch zu erkennen. Darüber hinaus lässt sich feststellen, dass in allen Einkommensgruppen die Sportbeteiligung im Altersgang zurückgeht und sich von den 65-Jährigen und Älteren nur noch ein Viertel sportlich betätigt.

3.5 Einkommenseffekte auf die Gesundheitsversorgung

In Deutschland garantiert die Gesetzliche Krankenversicherung allen Versicherten und damit derzeit etwa 85 % der gesamten Bevölkerung einen weitgehend einkommensunabhängigen Zugang zum System der medizinischen Versorgung. Die gleichen Zugangsmöglichkeiten bedeuten aber nicht zwangsläufig eine gleiche Inanspruchnahme der Versorgungsangebote. So wird im Gesundheitsbericht für Deutschland darauf verwiesen, dass einkommensschwache Personen praktische Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin häufiger, Gebietsärzte hingegen seltener konsultieren als der Bevölkerungsdurchschnitt (Statistisches Bundesamt 1998).

Im Zusammenhang mit der Einführung der Praxisgebühren wird bisweilen behauptet, dass ökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen der Zugang zum System der medizinischen Versorgung erschwert wird und sich dadurch die ohnehin vorhandene gesundheitliche Chancenungleichheit noch verschärft. Eine empirische Prüfung dieser Behauptung muss verdeutlichen, wie sich die **Inanspruchnahme der ärztlichen Versorgung** in verschiedenen Einkommensgruppen seit Januar 2004 verändert hat. Im Folgenden werden Ergebnisse auf Basis des SOEP 2003 dargestellt, die für eine solche Berechnung als Ausgangs- und Bezugspunkt dienen könnten.

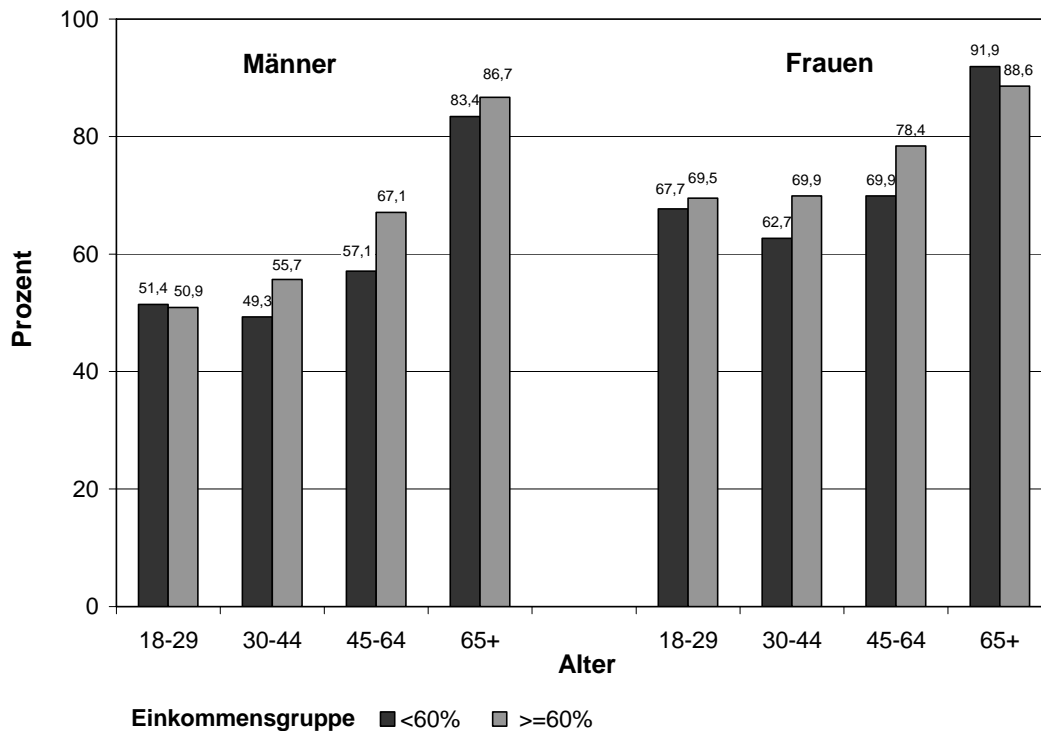
Im SOEP wird danach gefragt, ob in den letzten 3 Monaten ein Arzt aufgesucht wurde und wie häufig das der Fall war. Eine Unterscheidung zwischen Hausarzt und Fachärzten ist nicht möglich. Insgesamt haben in der 18-jährigen und älteren Bevölkerung 64 % der Männer und 77 % der Frauen in den vergangenen 3 Monaten einen Arzt kontaktiert. Im Altersgang nimmt der Anteil der Befragten mit Arztkontakt sukzessive zu, bis auf 86 % bei den 65-jährigen und älteren Männern und 89 % bei den gleichaltrigen Frauen.

Obwohl die einkommensschwächere Bevölkerung verstärkt von Krankheiten und Beschwerden betroffen ist, sucht sie seltener einen Arzt auf: Mit 56 % gegenüber 66 % gehen Männer der Armutsrisikogruppe seltener zum Arzt als Männer der ökonomisch besser gestellten Vergleichsgruppe. Bei Frauen betragen die entsprechenden Werte 70 % und 78 %, so dass sich vom gleichen Zusammenhangsmuster ausgehen lässt. Abbildung 3.12 berücksichtigt Altersdifferenzen und macht dadurch deutlich, dass einkommensschwache Frauen und Männer vor allem im mittleren Lebensalter seltener ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen.

Abbildung 3.12

Anteil der Männer und Frauen, die in den letzten 3 Monaten einen Arzt aufgesucht haben nach Einkommen und Alter

Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2003



Ein aussagekräftiges Bild über Einkommensunterschiede in der ärztlichen Versorgung ergibt sich allerdings erst, wenn die unterschiedlichen Versorgungsbedarfe mit berücksichtigt werden. Durch das SOEP werden keine Informationen zum Krankheitsgeschehen bereitgestellt. Deshalb wird die Selbsteinschätzung der allgemeinen Gesundheit herangezogen, die sich in nationalen wie internationalen Studien als guter Prädiktor der Inanspruchnahme von Angeboten und Leistungen des Gesundheitssystems erwiesen hat (Idler, Benyamini 1997; Miilunpalo et al. 1997). Im Jahr 2003 gaben 90 % der Männer und 94 % der Frauen, die ihre eigene Gesundheit als weniger gut oder schlecht bewerten, an, dass sie in den letzten 3 Monaten bei einem Arzt waren, im Vergleich zu 74 % der Männer und 81 % der Frauen mit zufrieden stellender Gesundheit sowie 50 % der Männer und 65 % der Frauen mit guter oder sehr guter Gesundheit. Im jüngeren Lebensalter treten diese Unterschiede noch etwas stärker zu Tage als im höheren Lebensalter. Kontrolliert man für den Alterseffekt, dann gehen Frauen wie Männer mit niedrigem Einkommen im Vergleich zu den Bessergestellten 1,4-mal seltener zu einem Arzt.

Tabelle 3.4

Anteil der Männer und Frauen, die ihre Gesundheit als „weniger gut“ oder „schlecht“ beurteilen und in den letzten 3 Monaten einen Arzt aufgesucht haben nach Einkommen und Alter (Angaben in %)

Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2003

	18-29 Jahre	30-44 Jahre	45-64 Jahre	65+ Jahre	Gesamt
Männer					
< 60 %	66,9	90,4	87,8	89,1	78,9
≥ 60 %	85,2	81,1	91,3	96,6	91,5
Frauen					
< 60 %	84,5	89,0	84,8	99,0	89,3
≥ 60 %	89,4	92,2	93,5	95,6	94,3

Geht man von der Gruppe mit weniger guter oder schlechter Gesundheitseinschätzung als der Gruppe mit dem höchsten Versorgungsbedarf aus, dann lässt sich ein deutlicher Einkommenseffekt auf die ärztliche Inanspruchnahme belegen. Von den einkommensarmen Männern dieser Gruppe geben 78,9 % an, einen Arzt aufgesucht zu haben, im Vergleich zu rund 91,5 % der ökonomisch besser gestellten Männer. Auch bei Frauen ist ein Unterschied festzustellen, wenngleich dieser nur schwach ausgeprägt ist (89,3 % gegenüber 94,3 %). Tabelle 3.4 erschließt eine altersdifferenzierte Betrachtung: Bei Männern zeigen sich die deutlichsten Unterschiede in der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen, bei Frauen hingegen zwischen dem 45. und 64. Lebensjahr. Dass der Zusammenhang zwischen Einkommen und ärztlicher Inanspruchnahme bei Frauen schwächer ist als bei Männern, lässt sich in fast allen Altersgruppen beobachten.

Weiterführende multivariate Analysen bestätigen, dass Frauen, die ihre eigene Gesundheit weniger gut oder schlecht bewerten, etwa 1,4-mal seltener einen Arzt aufsuchen, wenn sie ein Einkommen unter 60 % des gesellschaftlichen Durchschnitts (Median) beziehen. Bei Männern beträgt das Verhältnis zwischen der Armutsrisikogruppe und der übrigen Bevölkerung sogar 2,5:1. Unabhängig von einem möglichen Einfluss der Praxisgebühr belegen die dargestellten Ergebnisse somit, dass mit der Einkommensposition sowohl ein unterschiedlicher Versorgungsbedarf als auch ein unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten von ärztlichen Leistungen verbunden ist.

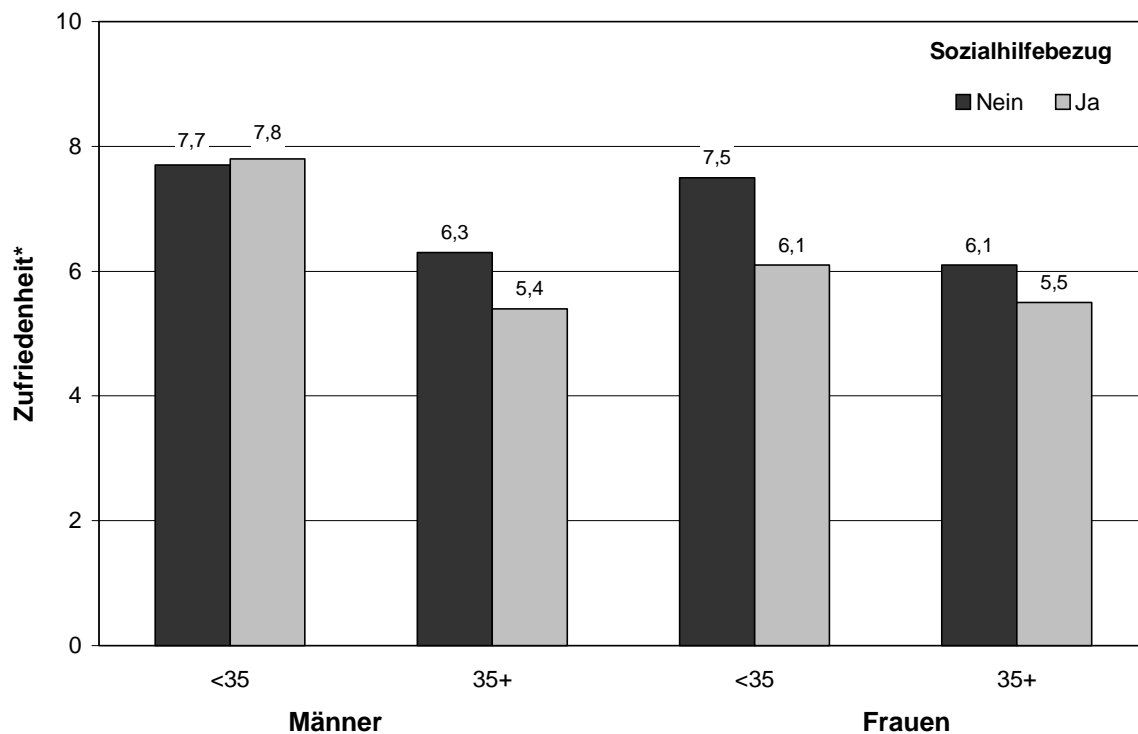
3.6 Sozialhilfeabhängigkeit und Gesundheit

Die Sozialhilfe soll dazu beitragen, „dem Empfänger der Hilfe die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht (und...) ihn soweit wie möglich befähigen, unabhängig von ihr zu leben“ (§ 1 Abs. 2 BSHG). Die Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung für eine selbst bestimmte Lebensgestaltung und den Weg aus der Sozialhilfe. Eine wesentliche Aufgabe der Sozialhilfe muss deshalb sein, gesundheitliche Risiken der Armut abzufedern.

Abbildung 3.13

Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Sozialhilfebezug, Alter und Geschlecht

Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2002



* Elfstufige Skala, höhere Werte bedeuten größere Zufriedenheit

Wie die Analysen auf Basis von SOEP-Daten aus dem Jahr 2002 zeigen, sind in beiden Altersgruppen – mit Ausnahme der Männer unter 35 Jahre – die Sozialhilfeempfänger mit ihrer Gesundheit weniger zufrieden als die nicht von der Sozialhilfe abhängige Vergleichsgruppe (Abbildung 3.13).

Noch deutlicher wird dieser Zusammenhang im Hinblick auf die Selbsteinschätzung der Gesundheit: Bei den männlichen Sozialhilfeempfängern über 35 Jahre ist der Anteil mit einer „weniger guten“ oder „schlechten“ Gesundheitseinschätzung doppelt so hoch wie in der Vergleichsgruppe (40,4 % gegenüber 19,7 %). Während dieser Anteil bei den Sozialhil-

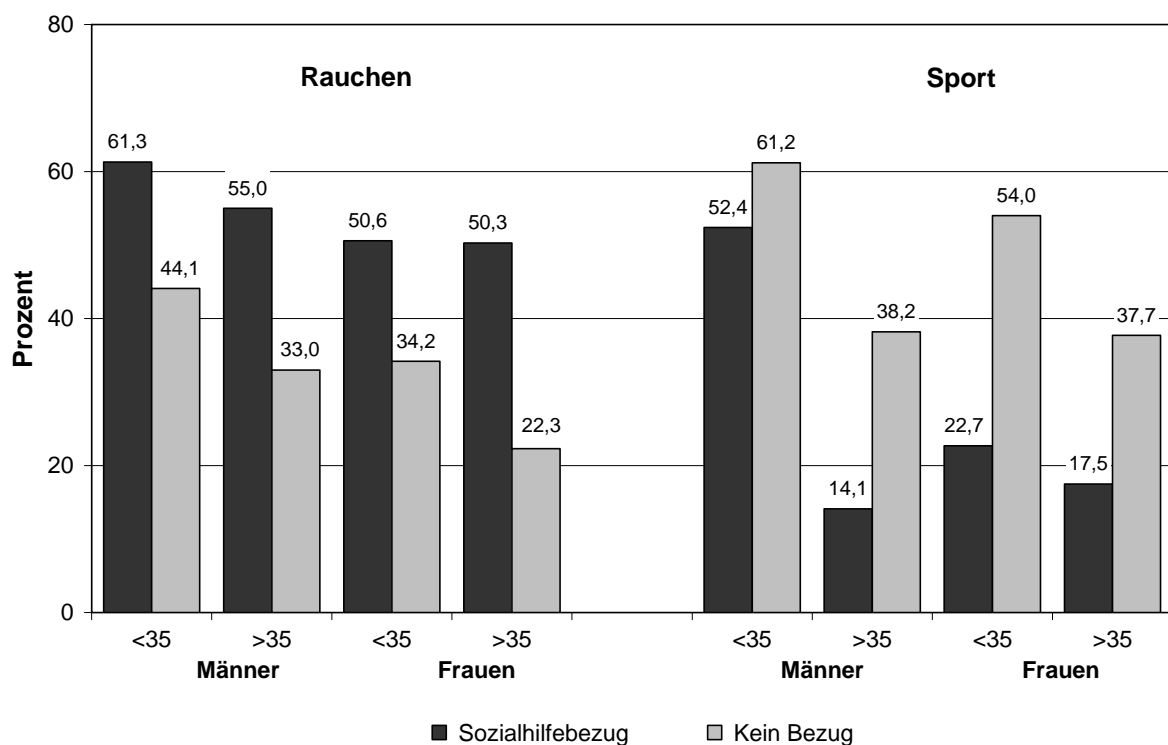
feempfängerinnen in beiden Altersgruppen um rund ein Drittel höher ist, bewerten die jüngeren männlichen Sozialhilfeempfänger ihre Gesundheit etwas besser als die Nicht-Bezieher.

Auch zwischen Sozialhilfeabhängigkeit und gesundheitsriskanten Verhaltensgewohnheiten besteht ein Zusammenhang. Die Analyse des Rauch- und Bewegungsverhaltens bestätigt die für die Armutsrisikogruppe erzielten Befunde: Sozialhilfeempfänger rauchen deutlich häufiger und treiben zu einem höheren Anteil keinen Sport (Abbildung 3.14).

Abbildung 3.14

Rauchen und Sport in den letzten 3 Monaten nach Sozialhilfebezug, Alter und Geschlecht

Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2002



3.7 Diskussion

Zwischen Einkommen und Gesundheit besteht ein Zusammenhang, der als Gradient beschrieben werden kann: Je niedriger das Einkommen, desto schlechter die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten. Gesundheitliche Probleme und Verhaltensrisiken kumulieren dementsprechend in der Armutsrisikogruppe. Besonders stark sind diese Unterschiede im mittleren Lebensalter ausgeprägt. Im höheren Lebensalter fällt der Einkommenseffekt deutlich schwächer aus, was vor dem Hintergrund der Zunahme alterskorrelierter Krankheiten und Beschwerden sowie von Änderungen der Lebensbedingungen und der Lebensweise zu sehen ist. Bei Männern und Frauen stellt sich die Stärke und das Muster des Zusammenhangs zwischen Einkommen und Gesundheit ganz ähnlich dar.

Das Einkommen hängt maßgeblich vom Bildungs- und beruflichen Qualifikationsniveau, dem Erwerbsstatus sowie der Stellung in der Berufswelt ab. Die beobachteten Einkommensunterschiede in der Gesundheit dürften deshalb zum Teil auf den Einfluss dieser oder ähnlicher Faktoren zurückgehen. Für den Tabakkonsum konnte beispielsweise gezeigt werden, dass vor allem das Bildungsniveau das Rauchverhalten beeinflusst und – bei statistischer Kontrolle des Bildungseffektes – das Einkommen und der Berufsstatus nur wenig zur Erklärung beitragen (Lampert, Thamm 2004). In internationalen Studien wird dem Einkommen hingegen ein unabhängiger Effekt bescheinigt und im Vergleich zu anderen Statusindikatoren häufig ein höherer Stellenwert beigemessen (Townsend et al. 1990; Stronks et al. 1997). Für die dargestellten Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit lässt sich feststellen, dass sie sich multivariat absichern lassen, die Unterschiede in einigen Bereichen aber etwas schwächer ausfallen, wenn die Effekte der Bildung und des Berufsstatus berücksichtigt werden.

Noch nicht vollständig geklärt ist, wie die Einkommensunterschiede in der Gesundheit und Lebenserwartung erklärt werden können. Die Kumulation von Gesundheitsproblemen und Verhaltensrisiken in der Armutsrisikogruppe spricht für die Bedeutung der materiellen Deprivation. Diese äußert sich zum einen in einer Unterversorgung mit den basalen Dingen des Lebens wie Wohnraum, Kleidung oder Ernährung. Für die Gesundheit und das Wohlbefinden sind zum anderen aber auch der Ausschluss von Konsum- und Erlebnismöglichkeiten, die für die Mehrheit der Bevölkerung selbstverständlich sind und zum gesellschaftlichen Lebensstandard gezählt werden, von Bedeutung.

Die gesundheitlichen Auswirkungen von Einkommensarmut und materieller Deprivation müssen daneben unter dem Aspekt des Stresserlebens gesehen werden. Die Sicherung des Lebensunterhalts und des vorhandenen Lebensstandards gehen bei Personen, die über geringe Erwerbs- und Einkommenschancen verfügen, mit erheblichen psychosozialen Belastungen einher. Bei der Befriedigung individueller Bedürfnisse überwiegt eine kurzfristige Orientierung, aus der eine höhere Bereitschaft zu gesundheitsriskantem Verhalten resultiert, insbesondere wenn dieses wie beim Rauchen oder Alkoholkonsum unmittelbar zur Stressbewältigung beiträgt. Auch ungesunde Ernährungsweisen und Bewegungsmangel können als Verhaltensreaktionen auf eine hohe Stressbelastung verstanden werden.

Die Gesundheitsunterschiede zwischen Gruppen oberhalb der Armutsrisikogrenze dürften ebenfalls mit unterschiedlichen Stressbelastungen zusammenhängen. Angesichts der hohen Arbeitslosigkeit und der prekären Arbeitsmarktanbindung großer Bevölkerungskreise hat die Verunsicherung und Angst vor einem sozialen Abstieg auch in den gut gesicherten Bevölke-

rungsgruppen zugenommen. Selbst ein hohes Einkommen schützt nicht immer vor Zukunftssorgen, da mit einem höheren Lebensstandard oftmals auch die finanziellen Verbindlichkeiten und Risiken, z.B. in Form von Kreditbelastungen, steigen. Zu beachten sind daneben die Auswirkungen auf das gesundheitsrelevante Verhalten. Mit der Höhe des Einkommens vergrößert sich der Spielraum für eine gesunde Ernährung, Erholungsmöglichkeiten und direkte Käufe von Gesundheitsleistungen.

Neben dem Einfluss der Einkommensposition auf die Gesundheit spielt auch die umgekehrte Wirkungsrichtung eine Rolle. Chronisch kranke und behinderte Menschen haben schlechtere Aussichten auf dem Arbeitsmarkt, unterliegen einem höheren Arbeitslosigkeitsrisiko und erzielen dementsprechend geringere Einkommen. Vor allem in Zeiten schlechter Konjunktur sinken die (Wieder-)Beschäftigungschancen gesundheitlich eingeschränkter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Dass eine Verschlechterung der Gesundheit zu Einkommenseinbußen führt, wird durch eine Längsschnittuntersuchung auf Basis von Daten des Sozio-oekonomischen Panels aus den Jahren 1992 und 1994 belegt. Die Untersuchung zeigt aber auch, dass der umgekehrte Einfluss, also die Auswirkung von Einkommenseinbußen auf die Gesundheit, deutlich stärker hervor tritt (Thiede, Straub 1997).

Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2001) Lebenslagen in Deutschland. Erster Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. BMAS, Bonn
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005) Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. BMGS, Bonn
- Doll R, Peto R (1976) Mortality in relation to smoking: 20 years' observation on male British doctors. *British Medical Journal* 143, pp.1525-1536
- Doll R, Peto R, Wheatley K (1994) Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal* 309, pp. 901-911
- Heinzel-Gutenbrunner M (2001) Einkommen, Einkommensarmut und Gesundheit. In Mielck A, Bloomfield K (Hrsg) *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*. Juventa Verlag, Weinheim München, S. 39-49
- Hauser R (2002) Zum Einfluss von Äquivalenzskalen auf Ergebnisse zur personellen Einkommensverteilung und zur relativen Einkommensarmut. In Menkhoff L, Sell F (Hrsg) *Zur Theorie, Empirie und Politik der Einkommensverteilung*. Springer Verlag, Berlin Heidelberg, S. 175-189
- Helmert U, Mielck A, Shea S (1997a) Poverty and health in West Germany. *Sozial- und Präventivmedizin* 42, pp. 276-285
- Helmert U, Mielck A, Shea S (1997b) Poverty, health and nutrition in Germany. *Reviews on Environmental Health* 12, pp. 159-170
- Hummer RA, Rogers RG, Eberstein IW (1998) Sociodemographic differentials in adult mortality: A review of analytic approaches. *Population and Development Review* 24, pp. 553-578
- Hübinger W (1996) *Prekärer Wohlstand. Neue Befunde zu Armut und sozialer Ungleichheit*. Lambertus Verlag, Freiburg
- Idler E, Benyamini Y (1997) Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior* 38, pp. 21-37
- Kennedy BP, Kawachi I, Prothrow-Stith D (1996) Income distribution and mortality: cross sectional ecological study of the Robin Hood Index in the United States. *British Medical Journal* 312, pp.1004-7
- Klein T, Unger R (2001) Einkommen, Gesundheit und Mortalität in Deutschland, Großbritannien und den USA. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 53, S. 96-110
- Lampert T, Burger M (2004) Rauchgewohnheiten in Deutschland – Ergebnisse des telefonischen Bundes-Gesundheitssurveys 2003. *Das Gesundheitswesen* 66, S. 511-517
- Lampert T, Thamm M (2004) Soziale Ungleichheit des Rauchverhaltens in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 47, S. 1033-1042
- Macintyre S (1997) The Black Report and beyond. What are the issues? *Social Science and Medicine* 41, pp. 723-745

- Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M, Urponen H (1997) Self-Rated Health Status as a Health Measure: The Predictive Value of Self-Reported Health Status on the Use of Physicians Services and on Mortality in the Working-Age Population. *Journal of Clinical Epidemiology* 50, pp. 517-528
- StataCorp (2003) *Survival Analysis & Epidemiological Tables Reference Manual*. Stata Corporation, College Station
- Statistisches Bundesamt (1998) *Gesundheitsbericht für Deutschland*. Metzler-Poeschel, Stuttgart
- Stronks K, van de Mheen H, van den Bos J, Mackenbach, JP (1997) The interrelationship between Income health and employment status. *International Journal of Epidemiology* 26, pp. 592-600
- Thiede M, Straub S (1997) Mutual influences oh health and poverty. Evidence from the German Panel Data. *Social Science and Medicine* 45, pp. 867-877
- Townsend P, Davidson N, Whitehead M (1990) *Inequalities in health: The Black Report and the Health Divide*. Penguin, London
- Voges W, Helmert U, Timm A, Müller R (2004) *Soziale Einflussfaktoren von Morbidität und Mortalität. Sonderauswertung von Daten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) im Auftrag des Robert Koch-Institutes*. Zentrum für Sozialpolitik, Bremen
- Wilkinson RG (1996) *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. Routledge, London New York
- World Health Organization (1986) *Ottawa charter for health promotion*. *Journal of Health Promotion* 1, pp. 1-4

4 Stellenwert der Bildung für eine gesundheitsförderliche Lebensweise

Bildung ist eine wesentliche Voraussetzung für die Teilhabe am sozialen, kulturellen und politischen Leben. Eine umfassende Bildung erleichtert die Bewältigung der zunehmend komplexeren gesellschaftlichen Anforderungen, die Orientierung und Positionierung in den sozialen Beziehungsgefügen sowie die Bewältigung von schwierigen Lebenssituationen. Der Bildungsprozess, der sich längst nicht mehr auf das Kindes- und Jugendalter sowie junge Erwachsenenalter beschränkt, sondern auf den gesamten Lebenslauf erstreckt, ist dabei im engen Zusammenhang mit der Persönlichkeitsentwicklung und dem Erlernen sozialer Kompetenzen zu sehen. Durch die Ausprägung und Stärkung personaler wie sozialer Ressourcen und deren Verwertung in sozialen Beziehungen und Kontexten ergeben sich Einflüsse auf die individuelle Lebenszufriedenheit und Lebensqualität. In ökonomischer Hinsicht bedeutet Bildung eine Investition in das eigene Arbeitsvermögen mit Auswirkungen auf die Stellung im Arbeitsmarkt und die weiteren Berufsperspektiven. Über den Arbeitsmarkt und das Beschäftigungssystem eröffnen sich vielfältige Möglichkeiten, um das eigene Humankapital in hoch bewertete Güter wie Einkommen, Macht oder Prestige umzusetzen und daraus resultierende Lebenschancen wahrzunehmen. Eine Unterversorgung mit Bildungsgütern geht oftmals mit prekären Beschäftigungsverhältnissen einher und lässt sich angesichts der gegenwärtigen Arbeitsmarktsituation als eine zentrale Ursache für Arbeitslosigkeit ansehen (BMAS 2001; Baethge et al. 2004).

Die Gesundheitsrelevanz der Bildung muss aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden. Wenn die Bildung im Kontext der Position im Arbeitsmarkt gesehen wird, dann ergeben sich Bezüge zur Gesundheit durch arbeitsbezogene körperliche und psychische Belastungen, die ebenso mit dem Bildungsstatus variieren wie das Erwerbseinkommen, die Aussicht auf Beförderung oder sonstige berufliche Gratifikationen. Die Bildung stellt aber auch außerhalb der Arbeitswelt eine wichtige Ressource für die Gesundheit dar, was z.B. im Vorhandensein sinnstiftender und Rückhalt gewährender sozialer Beziehungen oder der Ausprägung und Stabilisierung einer gesundheitsförderlichen Lebensweise zum Ausdruck kommt. Eine wichtige Rolle spielen dabei Einstellungen, Überzeugungen und Werthaltungen, die sich bereits früh im Leben unter dem Einfluss der elterlichen Erziehung und der Bildungsinstitutionen herauskristallisieren. Dass Bildung durch die Vermittlung von Wissen und Förderung individueller Anlagen und Begabungen die gesundheitliche Entwicklung im Kindes- und Jugendalter unterstützt und noch im Erwachsenenalter mit einem Gesundheitsgewinn verbunden ist, wird nicht mehr nur von Gesundheitswissenschaftlern und Gesundheitspolitikern hervorgehoben, sondern ist inzwischen auch bildungspolitisch unbestritten.

Angaben zur Bildung werden in fast allen deutschlandweit durchgeführten sozialwissenschaftlichen Umfragen und Gesundheitssurveys erfasst. Im Vergleich zu Informationen zur Einkommenssituation und beruflichen Stellung sind sie leichter zu erhalten und können zudem als valider angesehen werden (Stolpe 2001). Für Aussagen zum Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit wird im Folgenden auf Daten des telefonischen Gesundheitssurveys 2003, des Sozio-oekonomischen Panels 1998-2003 sowie der Gmünder Ersatzkasse 1999-2004 zurückgegriffen. Operationalisiert wird die Bildung in diesen Erhebungen in erster Linie über den höchsten allgemein bildenden Schulabschluss und den höchsten berufsqualifizierenden Ausbildungsabschluss. Für die Analysen zur Gesundheitsrelevanz der Schulbildung werden nachfolgend drei Gruppen unterschieden:

- Personen, die höchstens einen Volks- oder Hauptschulabschluss erworben haben – zu dieser Gruppe zählen folglich auch Personen, die das allgemein bildende Schulsystem ohne Abschluss verlassen haben („Volks-/Hauptschule“)
- Personen mit Realschulabschluss oder abgeschlossener Polytechnischer Oberschule („Mittlere Reife“)
- Personen mit allgemeiner Hochschulreife, Fachhochschulreife oder abgeschlossener Erweiterter Oberschule („Abitur“)

Um die Bedeutung der Berufsausbildung zu berücksichtigen, wird mit der CASMIN-Klassifikation¹ ein auch für internationale Vergleiche geeignetes Instrument herangezogen (Brauns, Steinmann 1999). Dazu werden ausgehend von Angaben zur schulischen und beruflichen Bildung neun Kategorien gebildet, die sich zu drei Qualifikationsniveaus verdichten lassen: einfache (primary education), mittlere (secondary education) und höhere berufsqualifizierende Bildung (tertiary education).

4.1 Bildungsbeteiligung der Bevölkerung

Aktuelle Daten zur Bildungsbeteiligung der deutschen Bevölkerung liefert der Mikrozensus aus dem Jahr 2003. Danach besitzen 21,2 % der 15-jährigen und älteren Bevölkerung Deutschlands die Fachhochschul- oder Hochschulreife, 26,3 % die mittlere Reife oder einen Abschluss der Polytechnischen Oberschule und 44,1 % einen Volks- oder Hauptschulabschluss. Die restlichen 8,3 % befinden sich noch in schulischer Ausbildung (4,5 %), haben keinen allgemein bildenden Schulabschluss erworben (2,8 %) oder keine Angabe zu ihrer

¹ Die CASMIN-Klassifikation (Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations) wurde ursprünglich von einer europäischen Arbeitsgruppe entwickelt, um internationale Vergleiche im Rahmen der Mobilitäts- und Arbeitsmarktforschung zu unterstützen. Verwendet wird eine von Brauns und Steinmann (1999) überarbeitete Version, die dem Wandel der Bildungssysteme, insbesondere in Deutschland, Frankreich und Großbritannien, Rechnung trägt.

Schulbildung gemacht (1 %). Eine altersdifferenzierte Betrachtung weist auf einen Kohorteneffekt hin, der maßgeblich durch die in den 70er Jahren einsetzende Bildungsexpansion bestimmt ist. Infolge dessen beträgt der Anteil der Abiturienten und Abiturientinnen in der Gruppe der 20- bis 29-Jährigen 36,3 %, während er bei den 40- bis 49-Jährigen 25,2 % und bei den über 60-Jährigen nur 11,1 % ausmacht.

Dass die Bildungsbeteiligung im Verlauf der letzten 30 Jahre deutlich zugenommen hat, lässt sich auch anhand des Abschlussniveaus der Schulabgänger und Schulabgängerinnen verdeutlichen. Noch zu Beginn der 70er Jahre hatten fast zwei Drittel der Schulabgänger/Schulabgängerinnen lediglich einen Volks- oder Hauptschulabschluss aufzuweisen. Im Jahr 2002 lag dieser Anteil nur noch bei 32,3 %, während 41,3 % die mittlere Reife und 26,4 % die allgemeine Hochschulreife oder die Fachhochschulreife erlangt haben (Statistisches Bundesamt 2004). Im gleichen Zeitraum haben sich die Geschlechtsunterschiede in der Bildungsbeteiligung umgekehrt. In den 70er Jahren schlossen 13,0 % der Männer und 9,0 % der Frauen ihre Schullaufbahn mit dem Abitur ab. Inzwischen machen mit 29,0 % gegenüber 21,5 % mehr Frauen als Männer das Abitur. Außerdem stellen Frauen, anders als noch vor einigen Jahren, heute die Mehrheit der Erstsemester an den Universitäten und holen auch im Hinblick auf die Absolventenzahlen und Promotionen sukzessive auf (Avenarius et al. 2003). In der Position auf dem Arbeitsmarkt und in der Einkommenslage spiegeln sich diese Entwicklungen allerdings nicht im gleichen Maße wider, was unter anderem auf die nach wie vor für viele Frauen bestehenden Schwierigkeiten der Vereinbarkeit von Beruf und Familie hindeutet (BMFSFJ 2001).

Trotz der Bildungsexpansion besteht noch immer ein enger Zusammenhang zwischen dem erreichten Bildungsabschluss und der **sozialen Herkunft**. Zwar zeichnet sich in allen Herkunftsgruppen ein Anstieg der Bildungsbeteiligung ab, der Bildungszugewinn fällt aber bei Kindern von Arbeitern geringer aus als etwa bei Kindern von Beamten, Angestellten und Selbstständigen, so dass die Bildungsungleichheit erhalten bleibt oder sogar noch zunimmt (Geißler 1996; Mayer, Blossfeld 1990). Wie eine auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels der Jahre 1986 bis 1996 durchgeführte Studie zeigt, besuchen Kinder von Arbeitern im Alter von 14 Jahren lediglich zu 16,9 % ein Gymnasium, während dies auf 47,2 % bzw. 44,8 % der Kinder von Angestellten und Selbstständigen und sogar 74,4 % der Kinder von Beamten zutrifft (Büchel et al. 2001). Die PISA-Studie aus dem Jahr 2000 weist auf einen engen Zusammenhang zwischen der schulischen Leistung, insbesondere der Lesekompetenz, der Kinder und ihrer sozialen Herkunft hin: Die Lesekompetenzunterschiede zwischen Kindern aus Familien des unteren und des oberen Viertels der Sozialstruktur betragen umgerechnet mehr als zwei Schuljahre (Artelt et al. 2001). Die aktuelle PISA-Studie bestätigt diese Ergeb-

nisse: Zwar hat sich Deutschlands Position im internationalen Vergleich leicht verbessert, diese Verbesserung ist jedoch fast ausschließlich auf Leistungssteigerungen im Gymnasium und in der Realschule und dort eher bei Kindern aus sozial besser gestellten Haushalten zurückzuführen (Prenzel et al. 2004).

Welche Bedeutung der Bildung für die Lebenslage zukommt, lässt sich an Zusammenhängen zur **Einkommenssituation** und Stellung in der Arbeitswelt ablesen. Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 lag das mittlere Äquivalenzeinkommen (Median) bei Personen, die nur einen Volks- oder Hauptschulabschluss erworben haben, bei 1108 Euro, während Personen mit mittlerer Reife über 1220 Euro und Personen mit Fachhochschulreife oder Hochschulreife über 1466 Euro verfügen konnten. Männer befinden sich zwar in einer etwas besseren Einkommenssituation als Frauen, das Zusammenhangsmuster zwischen Bildung und Einkommen ist aber bei beiden Geschlechtern ähnlich ausgeprägt. Setzt man die Armutsrisikogrenze bei 60 % des Medianeinkommens an, dann sind 12,6 % der Männer und 17,8 % der Frauen mit Volks- und Hauptschulabschluss als armutsgefährdet einzustufen gegenüber 9,3 % der Männer und 11,7 % der Frauen mit mittlerer Reife sowie 8,1 % der Männer und 10,0 % der Frauen mit Abitur. Nach statistischer Kontrolle des Alterseffektes entspricht dies bei Männern einem um den Faktor 2 erhöhten Armutsrisiko in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Bildungsgruppe; bei Frauen beträgt dieser Faktor 2,4.

Darüber hinaus finden sich Männer wie Frauen mit niedrigem Bildungsniveau häufiger in den unteren **Berufsstatusgruppen** wieder: Von den Männern mit Volks- oder Hauptschulabschluss sind 15 % als un- oder angelernte Arbeiter tätig, aber nur 5,9 % der Männer mit mittlerer Reife und 1,8 % der Männer mit Abitur. Bei Frauen betragen die entsprechenden Anteile 24,3 % im Vergleich zu 5,9 % und 1,7 %. Gehobene und höhere berufliche Positionen, wie z.B. Angestellte mit hoch qualifizierter Tätigkeit oder mit umfassenden Führungsaufgaben, Beamte im gehobenen oder höheren Dienst sowie akademisch freie Berufe und selbstständige Tätigkeiten, werden hingegen eher von Männern und Frauen mit höherem Bildungsniveau besetzt. Anhand der Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 lässt sich auch belegen, dass Männer mit Volks- oder Hauptschulabschluss im Vergleich zu Männern mit Abitur ein 3,3-fach erhöhtes **Arbeitslosigkeitsrisiko** tragen. Männer mit Realschulabschluss sind gegenüber Abiturienten 2,5-mal häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen. Bei Frauen zeigen sich keine Unterschiede zwischen Absolventinnen der Realschule und des Gymnasiums. Frauen mit Volks- oder Hauptschulabschluss unterliegen aber im Vergleich zu denen mit Abitur einem um den Faktor 2,3 erhöhten Arbeitslosigkeitsrisiko.

4.2 Einfluss der Bildung auf Morbidität und Mortalität

Aussagen über Bildungsunterschiede in der Krankheitshäufigkeit lassen sich insbesondere anhand von Daten der Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts treffen. Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 sollten die Befragten zunächst angeben, ob sie an einer länger andauernden bzw. wiederkehrenden Krankheit oder Gesundheitsstörung leiden, bevor gezielt nach spezifischen Krankheiten und Beschwerden gefragt wurde, wobei auch deren Versorgung eine Rolle spielte. Insgesamt gaben 34,6 % der Männer und 42,4 % der Frauen an, mindestens eine Krankheit oder Gesundheitsstörung zu haben. Für Männer wie Frauen ist eine deutliche Zunahme der Krankheitsbetroffenheit im Altersgang zu beobachten mit Prävalenzen von 51,7 % bei 70-jährigen und älteren Männern und 58,9 % bei den gleichaltrigen Frauen.

Tabelle 4.1

Vorkommen einer Krankheit oder Gesundheitsstörung in Abhängigkeit von der Schulbildung

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95 %-KI
Volks- oder Hauptschule	40,1	1,24	1,05-1,46	50,4	1,20	1,01-1,42
Mittlere Reife	34,3	1,23	1,04-1,46	40,5	1,08	0,92-1,27
Abitur	30,6	Ref.	--	37,0	Ref.	--

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref.=Referenzkategorie

Das Auftreten von Gesundheitsbeschwerden variiert mit dem Bildungsstand: Männer mit Volks- oder Hauptschulabschluss sind zu 40,1 % betroffen gegenüber 30,6 % der Männer mit Abitur. Nach Kontrolle des Alterseffekts entspricht dies einem bei Männern wie Frauen um den Faktor 1,2 erhöhten Risiko, eine länger andauernde bzw. wiederkehrende Krankheit oder Gesundheitsstörung zu haben (Tabelle 4.1).

Der gesundheitsrelevante Einfluss der Schulbildung lässt sich auch an der Auftretenswahrscheinlichkeit **spezifischer Gesundheitsstörungen** verdeutlichen. Von den im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 betrachteten Krankheiten und Beschwerden treten Herzinfarkt, Angina pectoris, Arthrose, chronischer Rückenschmerz und Schwindel bei Männern der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Bildungsgruppe verstärkt auf. Bei Frauen ist darüber hinaus ein Bildungseffekt auf das Vorkommen von Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2 und chronischer Bronchitis zu beobachten (Tabelle 4.2). Entgegen früheren Studien sprechen diese Ergebnisse dafür, dass die Auftretenswahrscheinlichkeit chronischer Krankheiten bei Frauen ebenso stark – eventuell sogar stärker – als bei Männern mit dem Bildungsstand variiert (vgl. z.B. Helmert et al. 1990, 1993).

Tabelle 4.2
Auftretenswahrscheinlichkeit spezifischer Krankheiten und Beschwerden in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Bildungsgruppe¹

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

	Männer		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Herzinfarkt	1,69	1,07-2,67	1,52	0,83-2,78
Schlaganfall	1,67	0,92-3,03	2,68	1,18-6,05
Angina pectoris	1,45	1,04-2,01	2,77	1,72-4,47
Hypertonie	1,14	0,95-1,37	1,32	1,08-1,61
Bösartige Neubildungen	1,32	0,90-1,94	1,21	0,84-1,73
Diabetes mellitus Typ 2	0,71	0,47-1,06	1,84	1,13-3,02
Chronische Bronchitis	1,32	0,97-1,80	1,44	1,08-1,93
Arthrose	1,43	1,25-1,77	1,47	1,18-1,83
Arthritis	1,42	0,93-2,19	0,87	0,61-1,24
Chronischer Rückenschmerz	1,90	1,59-2,28	1,72	1,43-2,07
Schwindel	1,23	1,02-1,49	1,19	1,01-1,42

OR=Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio

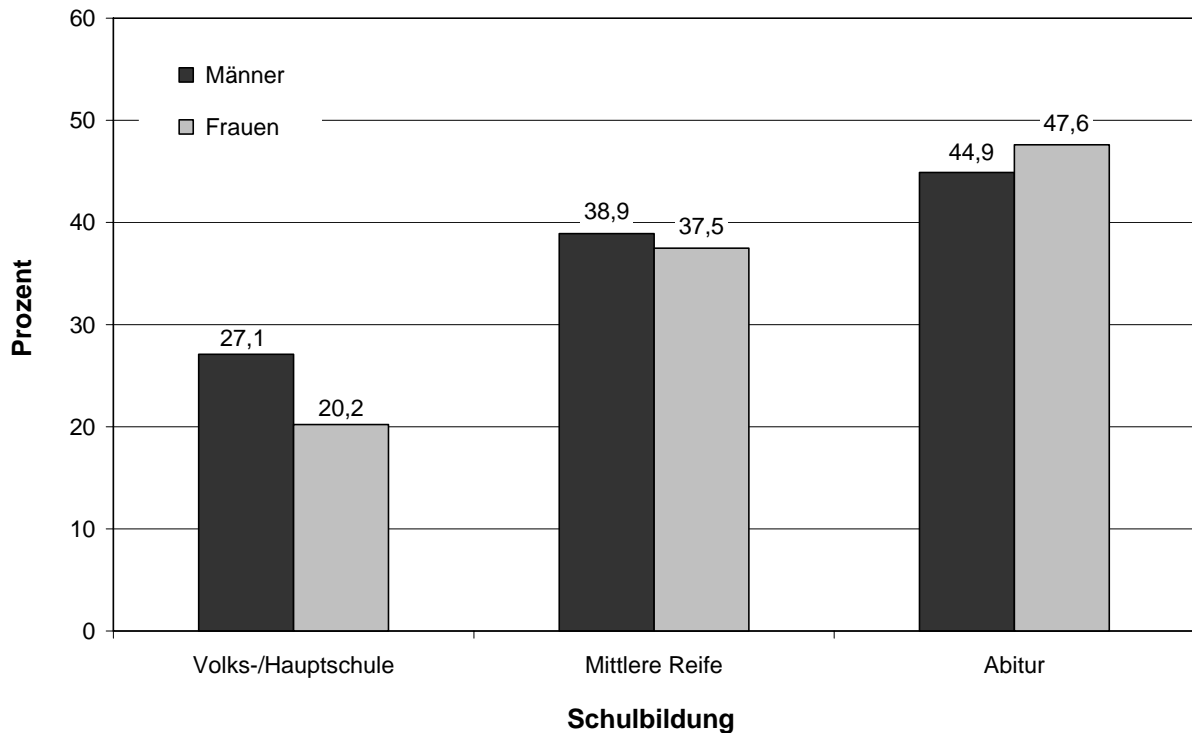
¹ Volks- oder Hauptschulabschluss vs. Abitur

Zu **Diabetes mellitus** wurden im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 eine ganze Reihe von Fragen gestellt, die sich auch auf die Therapie und individuelle Bewältigung der Erkrankung beziehen. Unter Berücksichtigung dieser Informationen lässt sich zeigen, dass über 90 % der Diabetiker, die um ihre Krankheit wissen, behandelt werden. Diabetiker, die keine Behandlung erfahren, gehören bei Frauen eher der niedrigsten Bildungsgruppe an, während bei Männern kein Zusammenhang zum Bildungsstand beobachtet werden kann. In der Art der Behandlung bestehen kaum Bildungsunterschiede: Durch Insulin wird in allen Bildungsgruppen etwa ein Drittel der Diabetiker und Diabetikerinnen behandelt, etwa die Hälfte nimmt Tabletten ein und die Hälfte der Männer und zwei Drittel der Frauen halten sich an eine Diät oder Ernährungsempfehlungen. Lediglich in der Behandlung durch körperliche Aktivität oder Sportangebote treten Bildungsdifferenzen zutage: Frauen mit Abitur nehmen diese fast doppelt so häufig in Anspruch wie Frauen mit Volks- oder Hauptschulabschluss (38,1 % gegenüber 20,6 %).

Abbildung 4.1

Anteil der Frauen und Männer mit Diabetes Typ 2, die angaben, die Behandlung der Krankheit sehr gut im Alltag umsetzen zu können

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003



Deutlichere Bildungsunterschiede zeigen sich im Umgang mit der Diabetes-Erkrankung. Auf die Frage, wie gut die Patienten und Patientinnen die erfolgte Behandlung im Alltag umsetzen können, antwortete fast die Hälfte der Männer und Frauen mit Abitur, dass sie dazu sehr gut in der Lage sind, während dies nur von etwa einem Viertel der Männer und Frauen mit Volls- oder Hauptschulabschluss angegeben wurde (Abbildung 4.1). Dieser Unterschied bleibt bestehen, wenn die Altersunterschiede zwischen den Gruppen berücksichtigt werden. Keine Bildungsdifferenzen bestehen hingegen hinsichtlich der Blutzuckerselbstkontrolle, dem Wissen um spezielle Schulungen für Diabetiker und die Teilnahme an diesen Angeboten.²

Für die Lebensqualität ist von großer Bedeutung, ob vorliegende Krankheiten und Gesundheitsstörungen mit **Schmerzen** verbunden sind. Von den Befragten des Sozio-oekonomischen Panels 2002 gaben insgesamt 31,8 % der Männer und 40,7 % der Frauen an, in den letzten vier Wochen starke körperliche Schmerzen gehabt zu haben. Die Schmerzprävalenzen steigen dabei mit dem Alter an, bis auf 52,7 % bei 70-jährigen und älteren Männern und 62,6 % bei den Frauen gleichen Alters. Bei beiden Geschlechtern treten

² Insgesamt gaben 64 % der Männer und Frauen an, den Blutzucker zu kontrollieren, über 95 % wissen um die Möglichkeit an Diabetiker-Schulungen teilzunehmen und 52 % der Männer sowie 58 % der Frauen haben schon einmal von diesem Angebot Gebrauch gemacht.

auf allen Altersstufen markante Bildungsunterschiede in der Schmerzhäufigkeit zu Ungunsten der niedrigsten Bildungsgruppe zutage (Tabelle 4.3).

Tabelle 4.3

Starke körperliche Schmerzen in den letzten vier Wochen nach Alter und Schulbildung (Angaben in %)

Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2002

Alter	Schulbildung		
	Volks-/Hauptschule	Mittlere Reife	Abitur
Männer			
18-29 Jahre	20,0	15,8	7,1
30-39 Jahre	29,3	18,6	12,2
40-49 Jahre	35,9	27,5	15,4
50-59 Jahre	51,3	30,0	21,5
60-69 Jahre	50,0	32,9	30,8
70+ Jahre	56,4	35,8	51,7
Gesamt	43,2	24,2	18,5
Frauen			
18-29 Jahre	26,0	20,6	16,7
30-39 Jahre	35,1	26,9	24,1
40-49 Jahre	45,7	29,0	26,6
50-59 Jahre	44,4	39,5	32,9
60-69 Jahre	57,1	49,2	40,3
70+ Jahre	64,6	60,1	51,6
Gesamt	51,2	33,3	27,2

Die Datenlage zu **psychischen Krankheiten** und Störungen ist in Deutschland nach wie vor sehr unbefriedigend. Auf Bevölkerungsebene repräsentative Daten wurden erstmals durch das an den Bundes-Gesundheitssurvey 1998 angeschlossene Zusatzmodul „Psychische Störungen“ bereitgestellt (Wittchen et al. 1999). Danach sind in der 18- bis 65-jährigen Bevölkerung 11,9 % von einer affektiven Störung, z.B. einer majoren Depression oder dysthymen Störung, betroffen (12-Monats-Prävalenz). 14 % leiden an einer Angststörung (z.B. Panikstörung, Agoraphobie oder soziale Phobie), 11 % haben eine somatoforme oder Schmerzstörung und bei 4,5 % ist eine Substanzstörung (Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol bzw. illegalen Substanzen) festzustellen (Jacobi et al. 2004). Die Bildungsdifferenzen im Vorkommen von psychischen Störungen sind relativ gering. Noch am ehesten zeigen sich Unterschiede in der 12-Monats-Prävalenz von affektiven Störungen: Männer mit Volks- oder Hauptschulabschluss sind zu 10,2 % betroffen im Vergleich zu 7,4 % der Männer mit Abitur; die Vergleichswerte für Frauen betragen 16,8 % gegenüber 12,8 %. Eine Hochrisikogruppe stellen die Personen mit niedriger Schulbildung dar, die im Anschluss keinen berufsqualifizierenden Abschluss erworben haben. In dieser Gruppe leiden Männer zu 18 % und Frauen

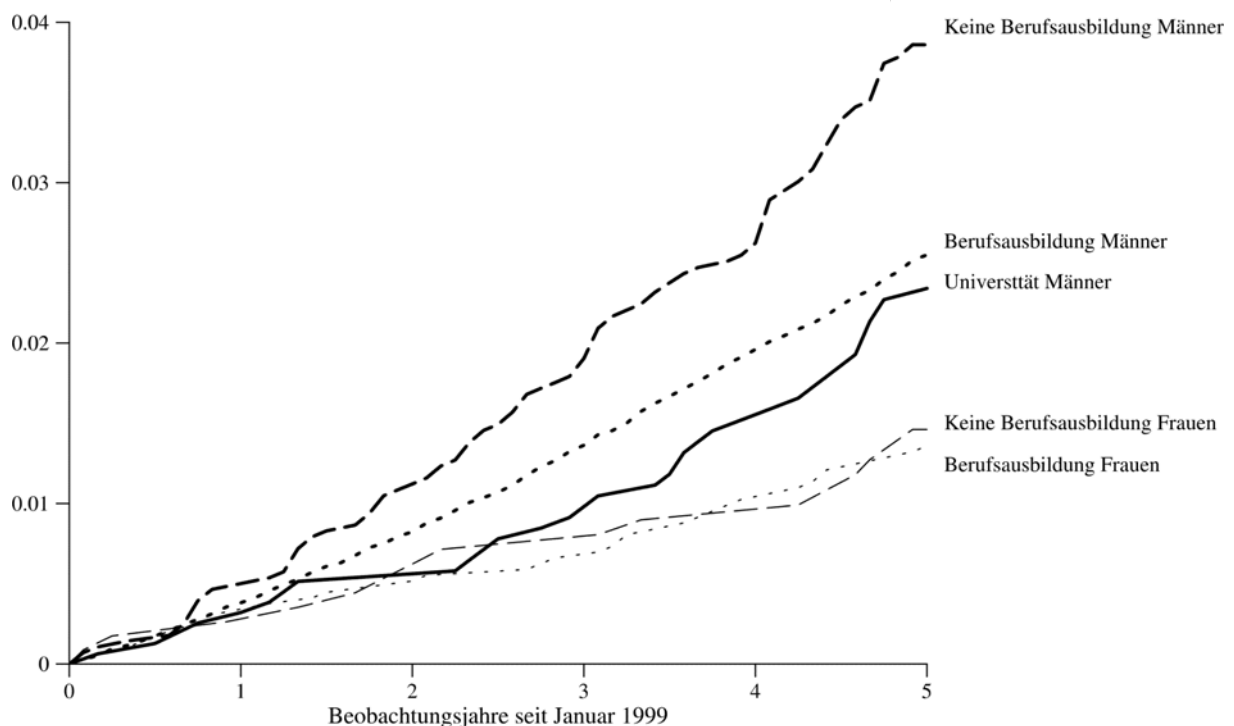
sogar zu 24,8 % an einer affektiven Störung. Bei Männern treten auch Angst- und Substanzstörungen vermehrt auf.

Über den Einfluss der Bildung auf die **Mortalität** ist in Deutschland relativ wenig bekannt, da auf den Todesscheinen keine Angaben zum Bildungsstand festgehalten werden und nur wenige bevölkerungsrepräsentative Studien eine prospektive Weiterverfolgung der Teilnehmer bis zu deren Tod erlauben. Eine der wenigen Ausnahmen stellen die Routinedaten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) dar, die dem Zentrum für Sozialpolitik im Rahmen eines wissenschaftlichen Kooperationsvertrages zur Verfügung gestellt werden. Aus Abbildung 4.2 sind kumulierte Mortalitätsraten für 40- bis 69-jährige GEK-Mitglieder über den Zeitraum 1999 bis 2004 nach beruflicher Ausbildung zu ersehen, wobei zwischen Personen ohne berufsqualifizierende Ausbildung, mit beruflich-betrieblicher oder beruflich-schulischer Ausbildung sowie akademischer Qualifikation differenziert wird.

Abbildung 4.2

Kumulierte Mortalitätsrate für 40- bis 69-jährige Mitglieder der Gmünder Ersatzkasse nach Berufsausbildung

Datenbasis: Gmünder Ersatzkasse 1999-2004



Männer ohne einen berufsbildenden Abschluss weisen erwartungsgemäß das größte Mortalitätsrisiko auf. Es ist am Ende des Beobachtungszeitraumes doppelt so groß wie das der Männer mit Berufsausbildung im dualen System. Das niedrigste Mortalitätsrisiko tragen Männer mit einer abgeschlossenen Hochschulausbildung, wobei die Unterschiede zu Männern mit beruflich-betrieblicher oder beruflich-schulischer Ausbildung nur gering sind.

Anders als bei Männern zeigen sich bei Frauen keine bedeutsamen Mortalitätsunterschiede nach beruflichem Qualifikationsniveau. Diese Aussage wird zumindest durch den Vergleich von Frauen ohne berufsqualifizierende Ausbildung und Frauen mit Berufsausbildung im dualen System unterstützt. Frauen mit universitärem Abschluss sind in der GEK unterrepräsentiert und konnten aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht in die Analyse einbezogen werden. Darüber hinaus fallen die deutlichen geschlechtsspezifischen Mortalitätsunterschiede auf: Frauen ohne Berufsausbildung haben am Ende des Beobachtungszeitraums ein viermal geringeres Mortalitätsrisiko als Männer mit gleichem Bildungsniveau. Bei Frauen mit einer Ausbildung im dualen System liegt das Mortalitätsrisiko zweimal niedriger als in der männlichen Vergleichsgruppe.

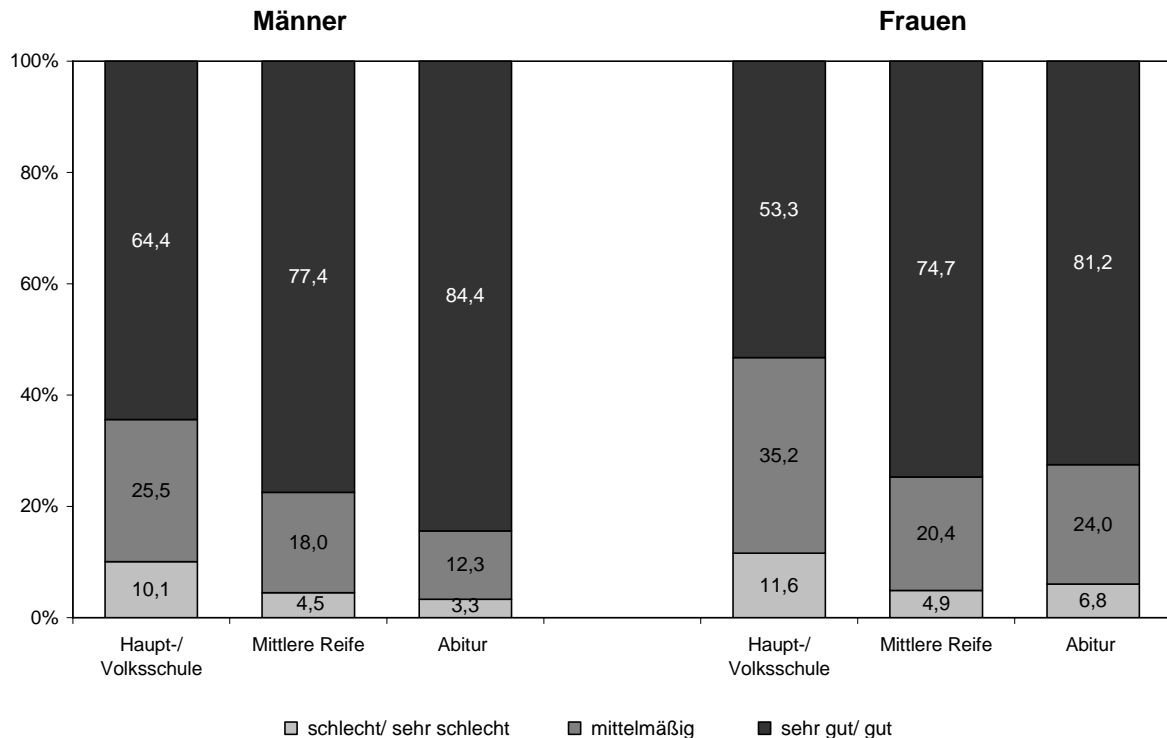
4.3 Bildung und subjektive Gesundheit

Die subjektive Gesundheit stellt einen eigenständig zu betrachteten Aspekt der Gesundheit dar. In vielen Fällen ist die subjektive Sicht der Betroffenen ebenso oder gar relevanter für die Ableitung von Handlungsempfehlungen als die so genannten harten „objektiven“ Daten. Da die **Selbsteinschätzung der Gesundheit** nicht nur von vorhandenen Erkrankungen und Beschwerden abhängt, sondern auch von gesundheitsbezogenen Einstellungen und Wahrnehmungen sowie sozialen Vergleichen, könnten Bildungsunterschiede im besonderen Maße zum Tragen kommen.

Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 wurden die Befragten gebeten, ihren allgemeinen Gesundheitszustand auf einer fünfstufigen Skala („sehr gut“, „gut“, „mittelmäßig“, „schlecht“ oder „sehr schlecht“) zu beurteilen. Aus Abbildung 4.3 lässt sich ersehen, dass die Mehrzahl der 18-Jährigen und Älteren ihre eigene Gesundheit als sehr gut oder gut bewertet, sich aber deutliche Bildungsunterschiede zu Gunsten von Männern und Frauen mit höherwertigen Schulabschlüssen beobachten lassen.

Abbildung 4.3
Selbsteinschätzung der allgemeinen Gesundheit nach Schulbildung

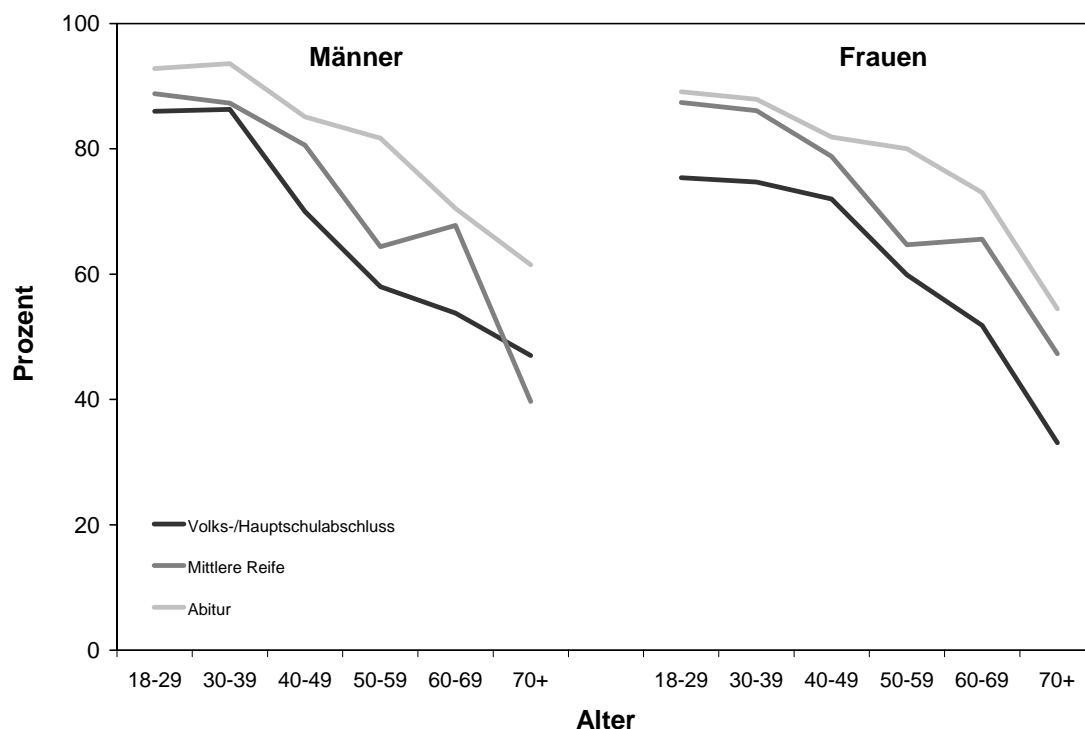
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003



Da sowohl die Schulbildung als auch die subjektive Gesundheit stark altersabhängig sind, erscheint eine altersdifferenzierte Betrachtung erforderlich. In Abbildung 4.4 ist der Anteil der Männer und Frauen, die ihre eigene Gesundheit als sehr gut oder gut einschätzen, im Altersgang dargestellt. Demnach sind bei Männern die Bildungsunterschiede im mittleren Lebensalter am stärksten ausgeprägt und nehmen im höheren Lebensalter etwas ab, während sich bei Frauen in allen Altersgruppen ein ähnlich stark ausgeprägter Bildungsgradient zum Nachteil von Frauen mit niedriger Schulbildung abzeichnet. Über alle Altersgruppen hinweg kommen Männer mit Abitur mehr als doppelt so häufig zu einer sehr guten oder guten Gesundheitseinschätzung im Vergleich zu Männern mit Volks- oder Hauptschulabschluss (OR: 2,30, 95 %-KI: 1,90-2,80). Bei Frauen ergibt sich ein altersadjustiertes Odds ratio von 2,25 (95 %-KI: 1,86-2,73).

Abbildung 4.4
Anteil der Männer und Frauen mit sehr guter oder guter Einschätzung der allgemeinen Gesundheit nach Schulbildung

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003



Neben der Selbsteinschätzung der Gesundheit sind Fragen zur **gesundheitsbezogenen Lebensqualität** ein wichtiger Bestandteil von Erhebungen zur subjektiven Gesundheit. Im Sozio-oekonomischen Panel 2001 wurde in diesem Zusammenhang unter anderem danach gefragt, ob die Studienteilnehmer durch ihren Gesundheitszustand im alltäglichen Leben eingeschränkt sind. Insgesamt gaben 35,3 % der 18-jährigen und älteren Männer und 40,8 % der gleichaltrigen Frauen an, aus gesundheitlichen Gründen in der Alltagsbewältigung beeinträchtigt zu sein. In der Gruppe der 65-Jährigen und Älteren gelangten sogar 66,6 % der Männer und 70,8 % der Frauen zu dieser Einschätzung.

Tabelle 4.4
Gesundheitsbedingte Einschränkungen im alltäglichen Leben nach Alter und Schulbildung

Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2001

	Männer			Frauen		
	%	OR	95 %-KI	%	OR	95 %-KI
Volks-/Hauptschule	46,1	2,00	1,70-2,34	51,4	1,29	1,08-1,56
Mittlere Reife	29,0	1,52	1,27-1,83	33,2	1,14	0,95-1,38
Abitur	23,0	Ref.	--	28,5	Ref.	--

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref.=Referenzkategorie

Bildungsunterschiede lassen sich bei Männern vor allem im Alter von 30 bis 64 Jahren beobachten. Kontrolliert man den Alterseinfluss, dann weisen Männer mit Volks- oder Hauptschulabschluss zweimal und Männer mit mittlerer Reife immerhin noch 1,5-mal häufiger gesundheitsbedingte Einschränkungen in der Alltagsbewältigung im Vergleich zu Männern mit Abitur auf. Bei Frauen fallen die Bildungsdifferenzen deutlich schwächer aus und erreichen nur in der Gegenüberstellung von Frauen mit niedriger und hoher Schulbildung statistische Signifikanz (Tabelle 4.4)

4.4 Bedeutung der Bildung für das Gesundheitsverhalten

Für das Gesundheitsverhalten kommt der Bildung ein übergeordneter Stellenwert zu, weil über die Bildung gesundheitsbezogene Einstellungen und Werthaltungen vermittelt werden, die bei der Ausprägung und Stabilisierung gesundheitsrelevanter Verhaltensmuster eine wichtige Rolle spielen. Im Folgenden wird dies im Hinblick auf das Rauchverhalten, die sportliche Aktivität und Übergewicht, als einem auch vom Verhalten abhängigen physiologischen Risikofaktor, verdeutlicht.

Aktuelle Daten zum **Rauchen** werden wiederum durch den telefonischen Gesundheitssurvey 2003 bereitgestellt. Demnach rauchen in Deutschland 37,3 % der 18-jährigen und älteren Männer und 28,0 % der gleichaltrigen Frauen. Die höchsten Rauchprävalenzen finden sich innerhalb der Altersspanne 20 bis 50 Jahre. Danach nimmt der Anteil der Raucher und Raucherinnen deutlich ab, was neben Änderungen der Lebensbedingungen und Lebensweise auch auf gesundheitliche Gründe und die vorzeitige Sterblichkeit in der Gruppe der regelmäßigen Raucher und Raucherinnen zurückgeführt werden kann (Lampert, Burger 2004).

Tabelle 4.5

Rauchprävalenzen nach Alter und Schulbildung (Angaben in %)

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (Lampert, Burger 2005)

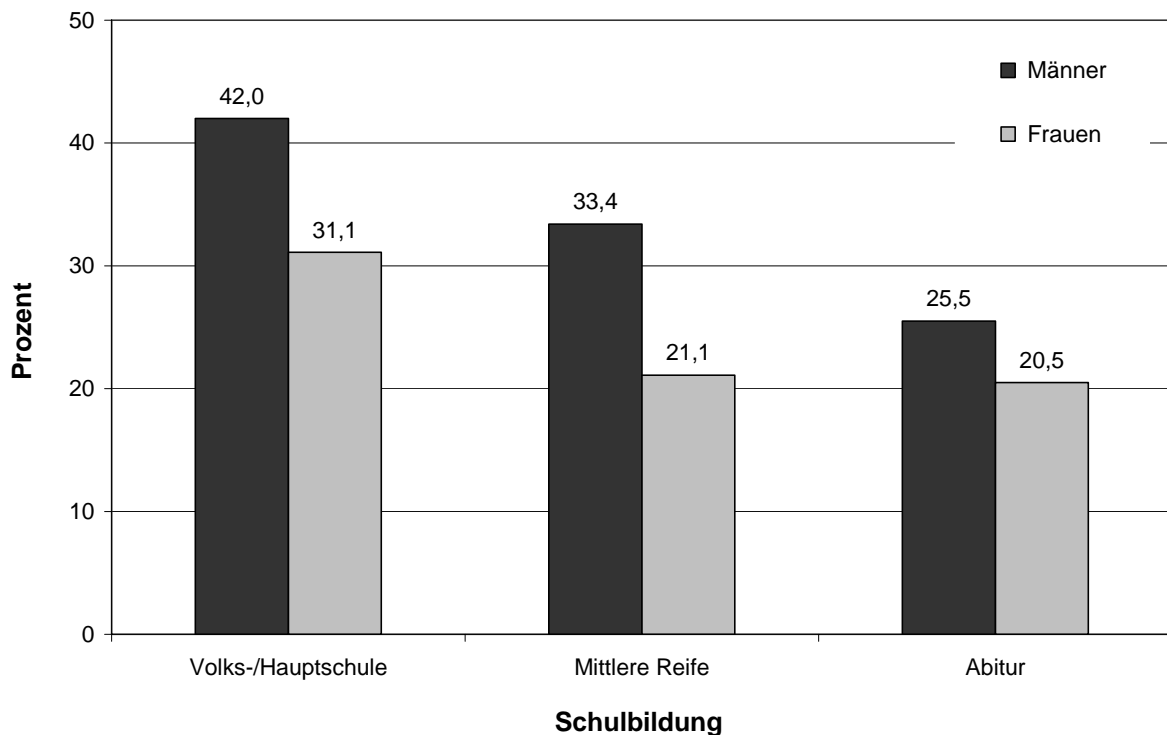
	Männer			Frauen		
	Volks-/Hauptschule	Mittlere Reife	Abitur	Volks-/Hauptschule	Mittlere Reife	Abitur
18-29 Jahre	67,8	59,9	43,7	61,9	51,6	35,7
30-39 Jahre	58,3	48,4	33,4	56,8	37,8	29,4
40-49 Jahre	45,6	45,6	38,3	46,9	37,9	26,6
50-59 Jahre	33,5	33,5	26,4	33,3	27,2	22,8
60-69 Jahre	22,6	19,6	18,2	15,7	13,8	14,1
70+ Jahre	19,9	12,2	9,2	6,9	6,4	4,5
Gesamt	37,9	42,1	31,8	26,2	31,7	25,5

Aus Tabelle 4.5 geht hervor, wie der Zusammenhang zwischen Schulbildung und Rauchen mit dem Alter variiert. Bei Männern lassen sich in allen Altersgruppen deutliche Bildungsunterschiede in den Rauchgewohnheiten beobachten, die als Gradient zu Ungunsten von Männern mit niedriger Schulbildung beschrieben werden können. Ein ähnlich ausgeprägtes Zusammenhangsmuster zeigt sich bei Frauen im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter. Ab dem Alter 60 sind die Bildungsvariationen in den Rauchgewohnheiten der Frauen hingegen nur noch sehr schwach ausgeprägt, was vor dem Hintergrund zu sehen ist, dass noch in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts vor allem Frauen aus den sozial besser gestellten Bevölkerungsschichten geraucht haben.

Abbildung 4.5

Anteil der starken Raucher/Raucherinnen¹ an den aktuellen täglichen Zigarettenrauchern/Zigarettenraucherinnen nach Schulbildung

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003



¹ Als starke Raucher bzw. Raucherinnen werden Personen bezeichnet, die täglich 20 und mehr Zigaretten rauchen

In den unteren Bildungsgruppen wird nicht nur häufiger, sondern auch stärker geraucht. Dies verdeutlicht Abbildung 4.5 anhand des Anteils der starken Raucher an allen täglichen Zigarettenrauchern. Starkes Rauchen wird dabei an einem täglichen Konsum von 20 oder mehr Zigaretten festgemacht (vgl. Lampert 2005).

Neben dem Rauchen stellt die **körperliche Aktivität** ein wichtiges Handlungsfeld für Prävention und Gesundheitsförderung dar. Durch regelmäßige körperliche Aktivität lässt sich in jedem Alter ein Beitrag zur Krankheitsvermeidung und Aufrechterhaltung der Gesundheit er-

zielen (Mensink 2003). Dem Sport ist dabei ein hoher Stellenwert beizumessen, weil sich über Freizeit, Vereine, Schulen oder Betriebe zahlreiche Ansatzpunkte für bewegungsfördernde Angebote eröffnen. Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 gaben insgesamt 37,4 % der Männer und 38,4 % der Frauen an, in den letzten drei Monaten keinen Sport ausgeübt zu haben. 20,9 % der Männer und 28,4 % der Frauen haben sich bis zu zwei Stunden in der Woche sportlich betätigt und 41,7 % der Männer sowie 33,2 % der Frauen waren mehr als zwei Stunde in der Woche aktiv (Lampert et al. 2005). Bildungsdifferenzen treten insbesondere im Anteil der sportlich Inaktiven zutage, der bei Männern wie Frauen mit Volks- oder Hauptschulabschluss in etwa um den Faktor 2 gegenüber den Vergleichsgruppen mit Abitur erhöht ist (Tabelle 4.6).

Tabelle 4.6

Sportliche Inaktivität nach Schulbildung

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Volks-/Hauptschule	47,7	2,01	1,70-2,36	49,3	2,03	1,71-2,42
Mittlere Reife	38,1	1,57	1,33-1,85	36,5	1,37	1,16-1,61
Abitur	28,6	Ref.	--	28,8	Ref.	--

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref.=Referenzkategorie

In den letzten Jahren wird aus Public Health-Sicht zunehmend auf die starke Verbreitung von **Übergewicht** und Adipositas hingewiesen. Ein zu hohes Körpergewicht begünstigt die Entwicklung von chronischen, die Lebensqualität mindernden Krankheiten und Gesundheitsstörungen wie Hypertonie, koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, Diabetes mellitus, Gallenblasenerkrankungen, Gicht und bei Männern und Frauen unterschiedlich zu lokalisierende bösartige Neubildungen. Außerdem kann ein zu hohes Körpergewicht zu orthopädischen Komplikationen führen und insbesondere im höheren Lebensalter die Gehmobilität und damit eine selbstständige Lebensführung einschränken (Benecke, Vogel 2003). Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 wurden das Körpergewicht und die Körpergröße erfragt, so dass sich der Body-Mass-Index (BMI) bestimmen lässt. Zur Abgrenzung von Übergewicht und Adipositas wird gemäß der international gebräuchlichen Einteilung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von einem BMI ≥ 25 bzw. von einem BMI ≥ 30 ausgegangen.

Tabelle 4.7
Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas nach Alter und Schulbildung (Angaben in %)

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

Alter	BMI	Schulbildung		
		Volks- oder Hauptschule	Mittlere Reife	Abitur
Männer				
18-29 Jahre	25 - < 30	34,7	32,0	25,9
	≥ 30	5,1	4,8	3,2
30-39 Jahre	25 - < 30	50,3	46,8	43,4
	≥ 30	18,3	14,0	10,8
40-49 Jahre	25 - < 30	49,5	52,4	55,8
	≥ 30	29,4	21,5	12,7
50-59 Jahre	25 - < 30	52,0	51,4	56,1
	≥ 30	31,7	25,7	17,3
60-69 Jahre	25 - < 30	60,1	65,7	64,6
	≥ 30	25,8	19,6	17,7
70+	25 - < 30	53,1	58,1	66,9
	≥ 30	25,8	24,3	15,3
Gesamt	25 - < 30	51,7	48,8	48,9
	≥ 30	24,3	16,7	11,9
Frauen				
18-29 Jahre	25 - < 30	27,6	19,3	10,9
	≥ 30	7,9	6,0	1,9
30-39 Jahre	25 - < 30	27,7	26,6	24,9
	≥ 30	17,7	13,4	5,5
40-49 Jahre	25 - < 30	35,1	34,7	25,8
	≥ 30	18,7	15,5	11,6
50-59 Jahre	25 - < 30	39,1	44,3	45,3
	≥ 30	34,3	22,4	16,2
60-69 Jahre	25 - < 30	46,5	49,5	37,6
	≥ 30	40,1	25,0	24,7
70+	25 - < 30	46,4	39,7	49,6
	≥ 30	36,8	31,1	18,9
Gesamt	25 - < 30	40,9	34,2	28,1
	≥ 30	31,4	17,3	10,1

Gemäß Tabelle 4.7 sind etwa drei Viertel der 18-jährigen und älteren Männer mit Volks- oder Hauptschulabschluss übergewichtig oder sogar adipös. Bei Männern mit höherem Schulabschluss stellt sich die Situation etwas günstiger dar, was vor allem in einem geringeren Vorkommen von Adipositas zum Ausdruck kommt. Bei Frauen sind die Unterschiede ähnlich stark ausgeprägt: In jedem Alter ist der Anteil der übergewichtigen und insbesondere der adipösen Frauen in der niedrigsten Bildungsgruppe erhöht. Insgesamt sind von den Frauen

mit niedrigem Bildungsniveau 40,9 % übergewichtig und 31,4 % adipös im Vergleich zu 28,1 % und 10,1 % bei den Frauen mit hohem Bildungsniveau (vgl. Mensink et al. 2005).

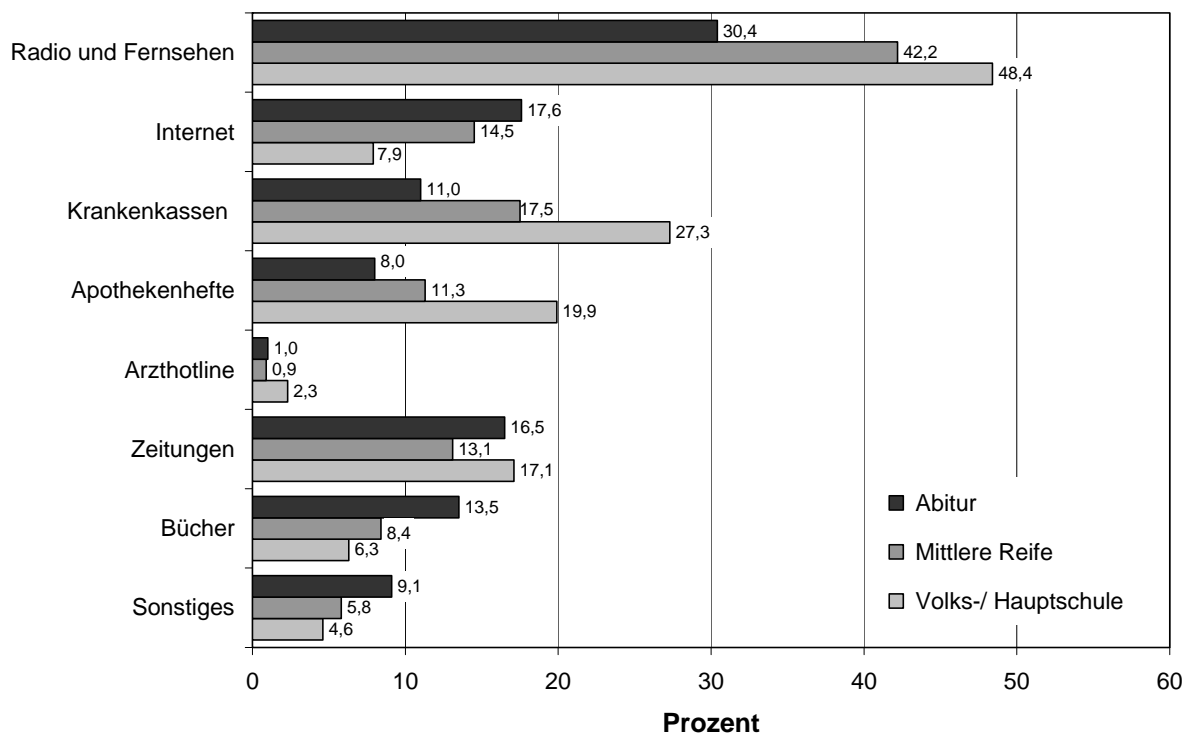
4.5 Bildungsunterschiede in der Inanspruchnahme von Informationsangeboten und präventiven Maßnahmen

Ein Aspekt des Gesundheitsverhaltens, der auch im Kontext von Bürger- und Patientenorientierung sowie Selbsthilfe eine wichtige Rolle spielt, ist das Interesse an Informationen zu gesundheitsrelevanten Themen. Wie aktuelle Daten des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung belegen, suchen vier von fünf Erwachsenen aus eigenem Interesse nach Informationen zu Gesundheit und Krankheit. Über 70 % begründen ihre Suche mit der Überzeugung, dass jeder Einzelne durch sein Verhalten zur Erhaltung der Gesundheit oder Genesung von einer Krankheit beitragen kann (Bertelsmann Stiftung 2004).

Abbildung 4.6

Nutzung von Informationsquellen nach Schulbildung (Männer)

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

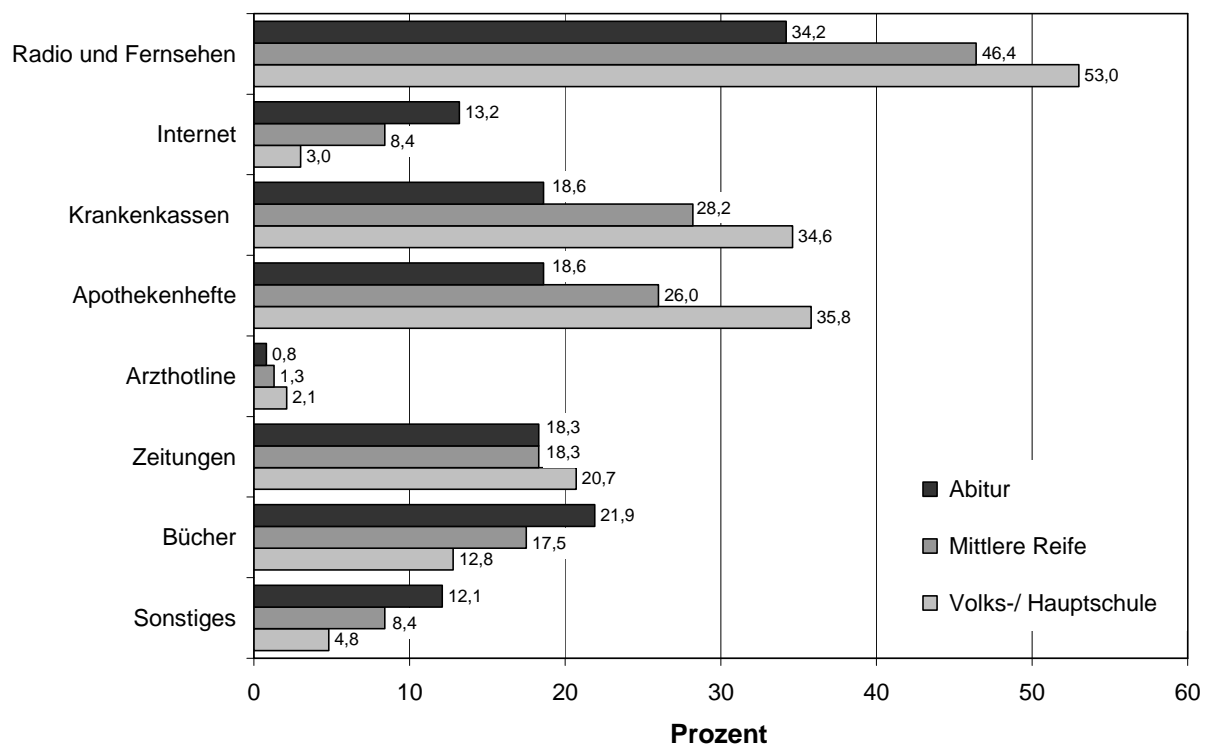


Das Erhebungsprogramm des Telefonischen Gesundheitssurvey 2003 enthielt eine Frage zur Inanspruchnahme von **Informationsquellen**, bei der auch interessiert war, wie häufig diese genutzt werden. Die große Mehrheit der Bevölkerung bedient sich Medien wie Fernsehen, Rundfunk, Internet, Zeitschriften oder Bücher, um sich über Gesundheitsthemen zu informieren. Lediglich 2 % gaben an, überhaupt keine Informationsmöglichkeiten zu nutzen (Horch, Wirz 2005). Abbildung 4.6 und 4.7 geben die Inanspruchnahme der Informationsquellen in Abhängigkeit vom Bildungsstand wieder. Die Ergebnisse liefern keine Hinweise darauf, dass die unteren Bildungsgruppen sich seltener informieren, sie bevorzugen aber andere Medien: Männer wie Frauen mit niedrigem Bildungsniveau informieren sich häufiger über Fernsehen oder Rundfunk sowie die von den Krankenkassen bereitgestellten und in Apotheken erhältlichen Hefte und Broschüren. Das Internet und Bücher zu Gesundheitsthemen werden eher von den höheren Bildungsgruppen nachgefragt. Dies gilt auch für die Arzthotline, die allerdings insgesamt gesehen nur sehr selten genutzt wird.

Abbildung 4.7

Nutzung von Informationsquellen nach Schulbildung (Frauen)

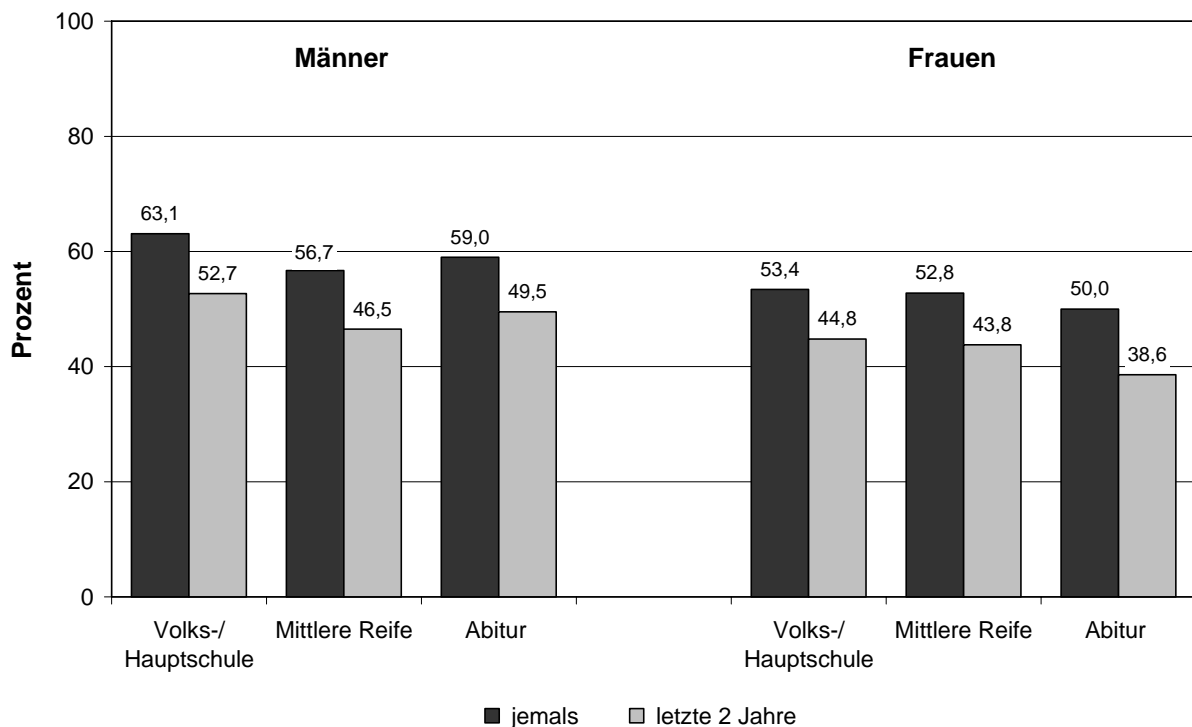
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003



Der Erfolg von Präventionsangeboten hängt entscheidend davon ab, dass diese von der Bevölkerung in Anspruch genommen werden. Gruppenspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme können wichtige Hinweise zur Optimierung der Gesundheitsvorsorge liefern. Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 wurde unter anderem die Beteiligung am Gesundheits-Check-up und an der Krebsfrüherkennung erhoben.

Abbildung 4.8
Teilnahme an Gesundheits-Check-up (jemals und in den letzten zwei Jahren) nach Schulbildung

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

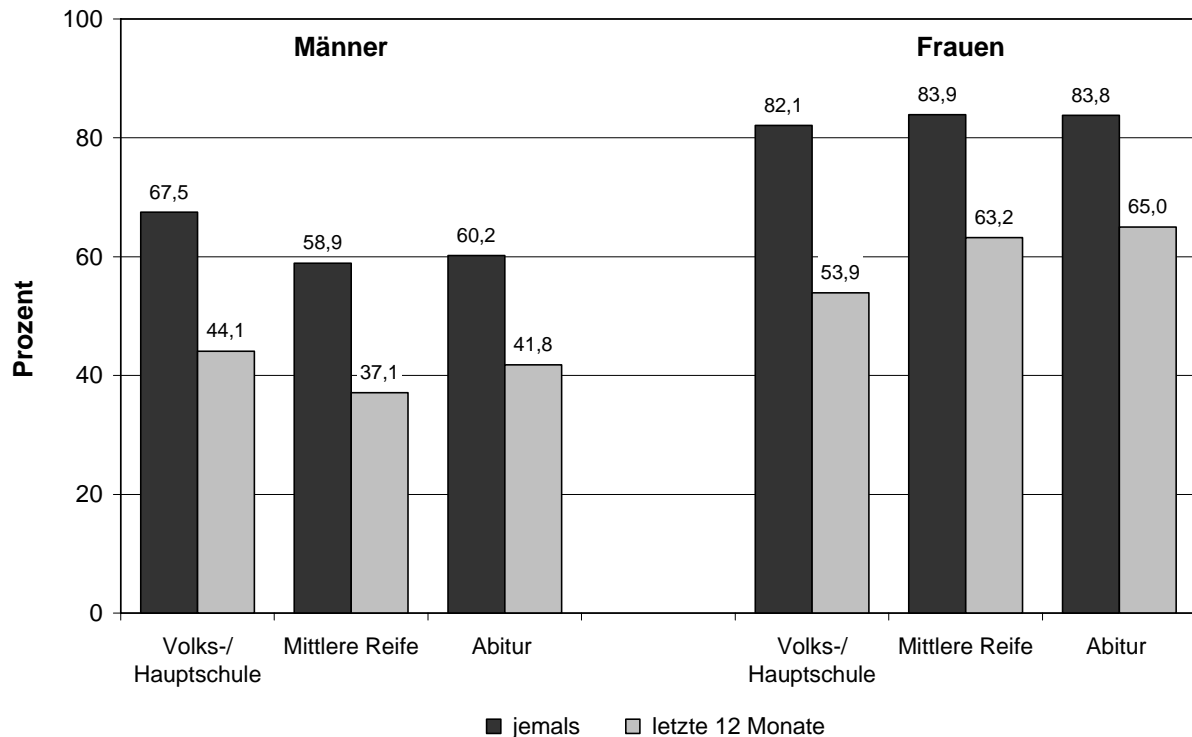


Der **Gesundheits-Check-up**, der in erster Linie auf die Feststellung von Herz-Kreislauf-Krankheiten, Stoffwechselstörungen und gesundheitsriskanten Verhaltensmustern zielt, gehört ab dem 35. Lebensjahr zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen und kann alle zwei Jahre in Anspruch genommen werden. An einem Gesundheits-Check-up haben nach eigener Angabe schon einmal 59,5 % der 35-jährigen und älteren Männer und 52,4 % der gleichaltrigen Frauen teilgenommen. Bezogen auf die letzten zwei Jahre belaufen sich die Teilnahmeraten auf 49,4 % bei Männern und 42,9 % bei Frauen. Die Beteiligung ist entgegen der Erwartung in der niedrigsten Bildungsgruppe höher als in der mittleren und höchsten Bildungsgruppe, was sich bei Männern und Frauen insbesondere im Hinblick auf die letzten zwei Jahre zeigt (Abbildung 4.8).³

³ Bei der Interpretation dieses Ergebnisses ist zu berücksichtigen, dass Personen mit niedriger Bildung wahrscheinlich eher als Personen mit höherer Bildung den Begriff Gesundheits-Check-up missverstehen und fälschlicherweise auf eine normale ärztliche Untersuchung beziehen.

Abbildung 4.9
Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (jemals und in den letzten 12 Monaten) nach Schulbildung

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003



An **Krebsfrüherkennungsuntersuchungen** haben nach eigener Angabe 62,8 % der ab 45-jährigen Männer und 83,0 % der ab 20-jährigen Frauen jemals teilgenommen. In den zurückliegenden 12 Monaten wurden die alters- und geschlechtsspezifisch variierenden Angebote von 41,4 % der Männer und 60,3 % der Frauen genutzt. Die Bildungsunterschiede in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sind relativ schwach ausgeprägt und deuten wie beim Gesundheits-Check-up darauf hin, dass die Angehörigen der niedrigsten Bildungsgruppe ebenso oder sogar häufiger Vorsorgeangebote nutzen (Abbildung 4.9).

4.6 Gesundheitsrelevanz der beruflichen Ausbildung

Die bisher präsentierten Ergebnisse bezogen sich überwiegend auf den Zusammenhang zwischen der Schulbildung und der gesundheitlichen Situation. Die Schulbildung stellt jedoch nur die erste Stufe des Bildungsprozesses dar. Aus diesem Grund wird im Folgenden gefragt, welche Bedeutung der beruflichen Qualifikation für die Gesundheit zukommt. Dazu wird auf einen Index zurückgegriffen, der neben Angaben zum höchsten allgemein bildenden Schulabschluss auch auf Informationen zum erreichten beruflichen Ausbildungsabschluss

basiert und eine Differenzierung zwischen einfacher, mittlerer und höherer berufsqualifizierender Bildung ermöglicht (CASMIN-Klassifikation; Brauns, Steinmann 1999).

Tabelle 4.8

Selbsteingeschätzte Gesundheit (sehr gut), Adipositas (BMI \geq 30) und aktuelles Rauchen nach berufsqualifizierender Ausbildung

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

		Gesundheits- einschätzung: sehr gut	Adipositas (BMI\geq30)	Rauchen
Männer				
Einfache Ausbildung	%	15,7	43,8	24,5
	OR	0,50	2,14	2,00
	95 %-KI	0,40-0,62	1,77-2,59	1,59-2,51
Mittlere Ausbildung	%	22,2	38,2	14,8
	OR	0,50	1,78	1,40
	95 %-KI	0,41-0,61	1,49-2,14	1,10-1,77
Höhere Ausbildung	%	27,3	24,1	13,5
	OR	Ref.	Ref.	Ref.
	95 %-KI	--	--	--
Frauen				
Einfache Ausbildung	%	12,1	31,6	31,3
	OR	0,54	2,54	2,57
	95 %-KI	0,42-0,70	1,97-3,26	1,93-3,42
Mittlere Ausbildung	%	24,0	26,1	14,9
	OR	0,81	1,70	1,47
	95 %-KI	0,65-1,00	1,35-2,15	1,11-1,96
Höhere Ausbildung	%	25,6	19,1	11,6
	OR	Ref.	Ref.	Ref.
	95 %-KI	--	--	--

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref.=Referenzkategorie

Aus Tabelle 4.8 lassen sich Bildungsunterschiede in Bezug auf eine sehr gute Gesundheits-einschätzung, Adipositas (BMI \geq 30) und das aktuelle Rauchverhalten ersehen. Männer wie Frauen mit einfachem beruflichen Qualifikationsniveau beurteilen ihre eigene Gesundheit nur halb so oft als sehr gut im Vergleich zur hochqualifizierten Gruppe. Sie sind außerdem mehr als zweimal so häufig von Adipositas betroffen, und auch der Anteil der Raucher ist unter ihnen etwa um den Faktor 2-2,5 erhöht.

4.7 Diskussion

Die vorliegenden Ergebnisse machen deutlich, dass die Bildung nicht nur für sich gesehen einen zentralen Lebensbereich darstellt, sondern zudem einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheitschancen ausübt. Im Allgemeinen lässt sich sagen: Je höher das Bildungsniveau, desto besser ist die Gesundheit und umso geringer ist das Erkrankungs- und Sterberisiko. In der subjektiven Bewertung der eigenen Gesundheit spiegelt sich der Bildungsgradient noch stärker wieder als im Krankheits- und Sterbegeschehen, was darauf hindeutet, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen nicht nur ungleich verteilt sind, sondern auch unterschiedlich wahrgenommen und bewertet werden. Der Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit lässt sich in allen Altersgruppen beobachten, im mittleren Lebensalter ist er aber am stärksten ausgeprägt. Dass die Bildungsgradienten im höheren Lebensalter schwächer zum Ausdruck kommen, ist vor dem Hintergrund der Zunahme altersspezifischer oder zumindest alterskorrelierter Gesundheitsstörungen zu sehen (vgl. Kapitel 9). Außerdem ist zu berücksichtigen, dass die heutigen Alten und Hochbetagten nur zu einem sehr geringen Anteil das Abitur erworben haben.

Ein möglicher Erklärungsansatz für den Zusammenhang von Bildung und Gesundheitsstatus erschließt sich über die aufgezeigten Unterschiede im gesundheitsrelevanten Verhalten. Insbesondere im Hinblick auf das Risikoverhalten zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen: Männer und Frauen mit niedrigem Bildungsniveau rauchen häufiger und stärker, treiben weniger Sport und sind zu einem größeren Anteil übergewichtig oder adipös, wofür neben einem Bewegungsmangel auch eine ungesündere Ernährung mit verantwortlich sein könnte. Überraschend geringe Bildungsunterschiede sind in der Inanspruchnahme von Angeboten der primären und sekundären Prävention zu beobachten. Geht man von der Teilnahme am Gesundheits-Check-up aus, dann ist sogar eine etwas höhere Inanspruchnahme in der unteren Bildungsgruppe festzustellen. Da eine hohe Bildung mit einem besseren Gesundheitswissen einhergeht, könnte dies für eine kritischere Haltung gegenüber den vorhandenen Angeboten sprechen. Denkbar ist auch, dass sich die besser Gebildeten gesünder und deshalb nicht angesprochen fühlen. In beiden Fällen lassen sich die Ergebnisse als Belege für einen auch in den besser gebildeten Bevölkerungskreisen vorhandenen Informationsbedarf anführen.

Die zum Teil großen Bildungsunterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten sprechen dafür, dass die mit der Bildung verbundenen Gesundheitspotenziale noch nicht ausreichend ausgeschöpft werden. Investitionen in die Bildung können dazu beitragen, die Kompetenzen im Umgang mit der eigenen Gesundheit deutlich zu erhöhen. Maßnahmen

sollten in allen Bereichen des Bildungswesens ansetzen und nicht nur auf eine allgemeine Verringerung der Chancenungleichheit in der Bildungsbeteiligung zielen, sondern gesundheitsbezogene Themen stärker als bisher zum Gegenstand der Vermittlung von Bildung und Wissen machen. Ebenso wichtig erscheint eine Verbesserung der Rahmenbedingungen, die im Elementarbereich z.B. durch eine günstigere Betreuungsrelation und Anhebung des Qualifikationsniveaus der Betreuenden in Kindereinrichtungen erzielt werden könnte.

Gleichzeitig sind bei der Planung und Umsetzung von präventiven und gesundheitsfördernden Interventionen die spezifischen Bedürfnisse und Kompetenzen der Bildungsgruppen zu berücksichtigen. Nur so lässt sich sicherstellen, dass Prävention und Gesundheitsförderung zu einer Verringerung und nicht zu einer Stabilisierung oder gar Ausweitung der Bildungsunterschiede im Gesundheitszustand beitragen.

Literaturverzeichnis

- Artelt C, Baumert J, Klieme E, Neubrand M, Prenzel M, Schiefele U, Schneider W, Schürmer G, Stanat P, Tillmann K-J, Weiß M (2001) PISA 2000 – Zusammenfassung zentraler Befunde. Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin
- Avenarius H, Ditton H, Döbert H, Klemm K, Klieme E, Rürup M, Tenorth HE, Weishaupt H, Weiß M (2003) Bildungsbericht für Deutschland. Erste Befunde. Leske und Budrich, Opladen
- Baethge M, Bartelheimer P, Fuchs T, Kratzer N, Wilkens I (2004) Berichterstattung zur sozio-ökonomischen Entwicklung in Deutschland – Arbeit und Lebensweisen. Erster Bericht. Soziologisches Forschungsinstitut (SOFI), Göttingen
- Benecke A, Vogel H (2003) Übergewicht und Adipositas. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 16. Robert Koch-Institut, Berlin
- Bertelsmann-Stiftung (2004) <http://www.bertelsmann-stiftung.de>
- Brauns H, Steinmann S (1999) Educational Reform in France, West-Germany and the United Kingdom: Updating the CASMIN Educational Classification. ZUMA-Nachrichten 44 (23), S. 7-44
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2001) Lebenslagen in Deutschland. Erster Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Drucksache 14/5990. BMAS, Bonn
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001) Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Kohlhammer, Stuttgart
- Büchel F, Frick J, Krause P, Wagner G (2001) The impact of poverty on children's school attendance – evidence from West Germany. In Vlemminckx K, Smeeding TM (Eds.) Child well-being, child poverty and child policy in modern nations. Policy Press, Bristol, pp. 151-173
- Geißler R (1996) Die Sozialstruktur Deutschlands. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Helmert U, Maschewsky-Schneider U, Mielck A, Greiser E (1993) Soziale Ungleichheit bei Herzinfarkt und Schlaganfall in West-Deutschland. Sozial- und Präventivmedizin 38, S. 123-32
- Helmert U, Shea S, Hermann B, Greiser E (1990) Relationship of social class characteristics and risk factors for coronary heart disease in West Germany. Public Health 104, pp. 399-416
- Horch K, Wirz J (2005) Gesundheitsinformationsverhalten. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 48 (im Druck)
- Jacobi F, Klose M, Wittchen H-U (2004) Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 47, S. 736-744
- Lampert T, Burger M (2004) Rauchgewohnheiten in Deutschland – Ergebnisse des telefonischen Bundes-Gesundheitssurveys 2003. Das Gesundheitswesen 66, S. 511-517

Lampert T (2005) Tabakkonsum und soziale Ungleichheit. Gesundheitspolitische Konsequenzen des stärkeren Tabakkonsums in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Konturen – Fachzeitschrift für Sucht und soziale Fragen 26, S. 15-17

Lampert T, Burger M (2005) Verbreitung und Strukturen des Tabakkonsums in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 48 (im Druck)

Lampert T, Mensink GBM, Ziese T (2005) Sportbeteiligung in Deutschland – Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 48 (im Druck)

Mayer KU, Blossfeld HP (1990) Die gesellschaftliche Konstruktion sozialer Ungleichheit im Lebensverlauf. In Berger PA, Hradil S (Hrsg.) Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile. Sonderband Soziale Welt. Schwartz, Göttingen, S. 297-318

Mensink GBM (2003) Bundes-Gesundheitssurvey: Körperliche Aktivität. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung. Robert Koch-Institut, Berlin

Mensink GBM, Lampert T, Bergmann E (2005) Übergewicht und Adipositas in Deutschland 1984-2003. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 48 (im Druck)

Prenzel M, Baumert J, Blum W, Lehmann R, Leutner D, Neubrand M, Pekrun R, Rolff H-G, Rost J, Schiefele U (Hrsg.) (2004) PISA 2003. Ergebnisse des zweiten internationalen Vergleichs. Zusammenfassung. IPN – Leibniz-Institut für Pädagogik der Naturwissenschaften an der Universität Kiel

Statistisches Bundesamt (2004) Datenreport 2004. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn

Stolpe S (2001) Schulbildung/berufliche Ausbildung und Gesundheitszustand. In Mielck A, Bloomfield K (Hrsg.) Sozial-Epidemiologie. Juventa, München, S. 17-27

Wittchen H-U, Müller N, Pfister H, Winter S, Schmidtke B (1999) Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. Das Gesundheitswesen 61 (Sonderheft 2), S216-S222

5 Einfluss der Arbeitswelt auf die Gesundheit

Die Stellung in der Arbeitswelt ist von zentraler Bedeutung für die soziale Lage und individuelle Position im gesellschaftlichen Ungleichheitsgefüge. Den vielleicht deutlichsten Ausdruck finden die über die Arbeitswelt vermittelten Ungleichheiten im Einkommen, denn für private Haushalte ist die Erwerbsarbeit die mit Abstand wichtigste Einkommensquelle. Mit der ausgeübten beruflichen Tätigkeit verbindet sich ein bestimmtes Maß an gesellschaftlicher Anerkennung, das in der empirischen Berufsforschung und Sozialstrukturanalyse anhand von Prestigeskalen abgebildet wird (Treiman 1977; Wegener 1985; Ganzeboom et al. 1992). Jede berufliche Tätigkeit ist zudem mit spezifischen Rollenerwartungen verknüpft, die sich nicht nur auf die Arbeitssituation, sondern auf das gesamte Lebensumfeld auswirken. Art, Umfang sowie zeitliche und räumliche Anordnung der Arbeit haben auch für das Leben außerhalb der Arbeitswelt eine erhebliche Prägekraft. Beispielsweise unterscheidet sich das Leben von Arbeitspendlern und -pendlerinnen allein durch die regelmäßige Abwesenheit grundlegend von einer Tätigkeit am Wohnort.

Die Gesundheitsrelevanz der Arbeit erschließt sich über arbeits- und berufsbezogene Ressourcen und Risiken. Zu den Ressourcen zählen neben dem Einkommen und Berufsprestige die Möglichkeit, Fähigkeiten und Begabungen weiterzuentwickeln, an Entscheidungsprozessen zu partizipieren oder Verantwortung zu übernehmen. Eine weitere Ebene stellen soziale Kontakte am Arbeitsplatz dar, die mehr oder weniger stark von den Arbeitszusammenhängen beeinflusst werden. Im Hinblick auf arbeitsbezogene Gesundheitsrisiken sind unter anderem körperliche Belastungen, Unfallgefahren, Umgebungseinflüsse sowie psychische und psychosoziale Belastungen zu beachten, die neben schwierigen sozialen Beziehungen zu Kollegen und Kolleginnen oder Vorgesetzten auch in monotonen Arbeitsabläufen, Zeitdruck oder beruflichen Gratifikationskrisen ihre Ursache haben können.

Vor diesem Hintergrund ist die Arbeit einerseits als Gesundheitsressource anzusehen, andererseits geht sie mit Belastungen und Gefährdungen einher, wobei das Verhältnis von Ressourcen und Risiken maßgeblich von der jeweiligen Stellung in der Arbeitswelt und der beruflichen Position abhängt. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass der Gesundheitszustand selbst die Möglichkeiten der Ausübung und die Bedingungen einer Erwerbstätigkeit beeinflussen. Der so genannte „healthy worker effect“ beschreibt, dass gerade Gesündere im (belastenden) Arbeitsprozess verbleiben.

Gesundheitlich beeinträchtigte (ältere) Beschäftigte sind in stärkerem Maße von betriebsbedingten Entlassungen betroffen oder nehmen Angebote zur Frühberentung oder zum vorzeitigen Ruhestand häufiger in Anspruch. Die aktiv Erwerbstätigen sind also auch durch dieses Selektionsprinzip „gesünder“ (DAK 2004).

Bei der nachfolgenden Darstellung der gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitswelt, die sich auf Routinedaten der gesetzlichen Unfallversicherungen, der Rentenversicherungsträger, der gesetzlichen Krankenkassen sowie auf Daten des Sozio-oekonomischen Panels, des Mikrozensus und der in Deutschland durchgeführten Gesundheitssurveys stützt, wird soweit möglich auch auf berufsstatusspezifische Unterschiede im Gesundheitsstatus und Gesundheitsverhalten eingegangen. Die Erfassung des beruflichen Status erfolgt dabei mittels einer Klassifikation, die ausgehend von Überlegungen zur „Autonomie der beruflichen Tätigkeit“ zwischen fünf Gruppen unterscheidet (Hoffmeyer-Zlotnik 1993), die durch einen „niedrigen“, „einfachen“, „mittleren“, „gehobenen“ oder „hohen“ Berufsstatus gekennzeichnet sind. Eine Ausnahme stellen die Auswertungen auf der Basis von Daten der Gmünder Ersatzkasse dar, für die auf eine an den Hauptberufsgruppen orientierte Berufsklassifikation zurückgegriffen wird (Blossfeld 1989).

Tabelle 5.1

Berufsstatus nach Hoffmeyer-Zlotnik (1993)

Status	Angaben zur beruflichen Stellung
Niedriger Berufsstatus	un- und angelernte Arbeiter
Einfacher Berufsstatus	gelernte und Facharbeiter, Angestellte mit einfacher Tätigkeit, Beamte im einfachen Dienst und selbstständige Landwirte
Mittlerer Berufsstatus	Vorarbeiter und Kolonnenführer, Angestellte mit qualifizierter Tätigkeit, Beamte im mittleren Dienst, akademisch freie Berufe (alleine oder mit einem Mitarbeiter), Selbstständige (alleine oder mit 1 Mitarbeiter), mithelfende Familienangehörige
Gehobener Berufsstatus	Meister und Poliere, Industrie- und Werkmeister, Angestellte mit hochqualifizierter Tätigkeit, Beamte im gehobenen Dienst, akademisch freie Berufe (2-9 Mitarbeiter), Selbstständige (2-9 Mitarbeiter)
Hoher Berufsstatus	Angestellte mit umfassenden Führungsaufgaben, Beamte im höheren Dienst und Richter, akademisch freie Berufe (10 und mehr Mitarbeiter), Selbstständige (10 und mehr Mitarbeiter)

5.1 Erwerbsbeteiligung der Bevölkerung

Die grundlegende Struktur der Erwerbstätigkeit der deutschen Wohnbevölkerung in den Jahren 1993, 1998 und 2003 ist Tabelle 5.2 zu entnehmen. Demnach teilt sich die Bevölkerung in Deutschland etwa zur Hälfte auf Erwerbs- und Nichterwerbspersonen auf.¹

Im Jahr 2003 waren nach der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung 3,6 Millionen Personen ohne Tätigkeit und auf der Suche nach einem Arbeitsplatz². Von den 38 Millionen Erwerbstätigen sind gut 4 Millionen selbstständig und 34 Millionen abhängig beschäftigt. Die Zahl der Erwerbstätigen hat sich damit gegenüber 1998 deutlich von 35,9 auf 38,2 Millionen erhöht.

Tabelle 5.2

Einwohner, Erwerbstätige und Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen in Deutschland 1993-2003

Quelle: Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen (Statistisches Bundesamt 2004a)

	1993	1998	2003
Einwohner (in 1.000)	81.180	82.030	82.521
Nichterwerbspersonen	41.491	42.378	40.671
Erwerbspersonen	39.689	39.645	41.850
Erwerbslose	3.112	3.710	3.661
Erwerbstätige (Inländer)	36.577	35.935	38.189
<i>Selbstständige</i>	3.689	3.998	4.143
<i>Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen</i>	32.888	31.937	34.046

Eine geschlechterspezifische Betrachtung macht deutlich, dass der Anteil der erwerbstätigen Frauen weiterhin unter dem der Männer liegt. Er ist aber im Zeitverlauf kontinuierlich angestiegen, während der der Männer leicht gesunken ist. 1998 waren 80,5 % der Männer und 61,9 % der Frauen zwischen 15 und 64 Jahren erwerbstätig, 2003 waren es 79,2 % bzw. 65,1 %. Mittlerweile sind fast 45 % aller Erwerbstätigen Frauen. Dabei bestehen deutliche Differenzen bezüglich der Stellung im Beruf: Drei Viertel der mithelfenden Familienangehörigen sind Frauen. Bei den Angestellten sind sie mit 55 % ebenfalls überrepräsentiert, während ihr Anteil bei den Selbstständigen (29 %), Arbeitern (32 %) und Beamten (35 %) deutlich hinter dem von Männern zurückbleibt.

¹ Nichterwerbspersonen sind alle Personen, die keinerlei auf Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben oder suchen.

² Erwerbslose sind in dem Tabelle 5.2 zu Grunde liegenden Erwerbskonzept anders definiert als Arbeitslose. Während für die Arbeitslosenzahlen in der Regel die Meldungen beim Arbeitsamt herangezogen wird, sind Erwerbslose Personen ohne Arbeitsverhältnis, die sich jedoch um eine Arbeitsstelle bemühen, unabhängig davon, ob sie beim Arbeitsamt als Arbeitslose gemeldet sind.

5.2 Spezielle Datengrundlagen der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung

Neben den in Kapitel 2 ausführlich erläuterten sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Erhebungen werden zur Beschreibung der gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitswelt Routinedaten der Unfall-, Renten- und Krankenversicherungen herangezogen. Die gesetzlichen **Unfallversicherungen** sind dazu verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung über das Unfall- und Berufskrankheitengeschehen zu berichten. Auf der Basis dieser Daten entsteht der jährliche Bericht der Bundesregierung über den Stand der Unfallverhütung und das Unfallgeschehen in der Bundesrepublik Deutschland. Bei der Nutzung der Daten der Unfallversicherungen sind einige Einschränkungen zu berücksichtigen. Die Unfalldaten geben nur den auf das Unfallgeschehen fokussierten Ausschnitt der Auswirkungen von Arbeit auf die Gesundheit wider. Für die Interpretation der Daten zu Berufskrankheiten ist wiederum der versicherungstechnische Aspekt zu beachten, denn eine Berufskrankheit wird nur dann als solche anerkannt, wenn festgestellt wurde, dass die Berufstätigkeit eindeutig die Ursache für die Erkrankung ist. Insofern bilden die Daten der Unfallversicherung die „Spitze des Eisbergs“ der durch Berufstätigkeit verursachten, verfestigten oder geförderten Erkrankungen.

Die Daten der **Rentenversicherungsträger**, wie der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und der Landesversicherungsanstalten (LVA), werden vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) zusammengefasst. Für das Thema Arbeit und Gesundheit sind insbesondere Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und deren Gründe (Diagnosen nach ICD) sowie Daten zu Rehabilitationsmaßnahmen relevant. Im Gegensatz zu den Daten der Unfallversicherungen wird bei den Erwerbsminderungsrenten nicht der kausale Zusammenhang von Arbeit und Erkrankung vorausgesetzt. Bei berufsspezifischen Häufungen bestimmter Diagnosen liefern die Daten jedoch Anhaltspunkte für die Identifizierung „arbeitsassoziierter Krankheiten“ – die ausgeübte Tätigkeit ist dann vermutlich nicht allein für die Erkrankung verantwortlich, kann jedoch zu deren Ausbruch bzw. Verfestigung beitragen.

Daten der gesetzlichen **Krankenkassen** basieren u.a. auf den Arbeitsunfähigkeitsmeldungen an die Kassen. Ursachen, Häufigkeiten und Dauer der Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausfälle werden in den Arbeitsunfähigkeitsstatistiken mit versicherten- und tätigkeitsbezogenen Merkmalen verknüpft. Einige Kassen, z.B. die AOK, die Gmünder Ersatzkasse, die DAK und die Betriebskrankenkassen, werten diese Daten regelmäßig aus und veröffentlichen die Ergebnisse in eigenen Berichten. Die Krankenkassen erfassen die berufliche Situation und zumindest die Diagnosen vergleichsweise genau. Dennoch bestehen mehrere we-

sentliche Einschränkungen für ihre Aussagekraft:

- Die AU-Daten der gesetzlichen Krankenversicherung sind nicht repräsentativ für die Bevölkerung, weil die Grundgesamtheit die – i.d.R. pflichtversicherten – Mitglieder sind.
- Es werden nur die gemeldeten Ausfallzeiten aufgenommen. Eine Meldepflicht besteht i.d.R. erst ab dem vierten Tag der Erkrankung.
- Aus den Krankenkassendaten lassen sich nur bedingt Rückschlüsse auf die Arbeitsbelastungen ziehen, sie geben keine Hinweise auf gesundheitliche Ressourcen der Beschäftigten, und sie sind für viele betriebliche und gesundheitspolitische Entscheidungen zu unspezifisch (RKI 2002).
- Von der Höhe des Krankenstandes kann nicht unmittelbar auf den gesundheitlichen Zustand der erwerbstätigen Bevölkerung geschlossen werden. Arbeitsunfähigkeit ist eine Krankheitsfolge. Die gemessenen Fehlzeiten können nicht per se zur Abbildung des gesundheitlichen Zustandes verwendet werden. So ist beispielsweise ein Patient mit einem Herzfehler aus medizinischer Sicht krank, wird aber einer Bürotätigkeit ohne besondere Ausfallzeiten nachgehen können.
- Der Krankenstand ist in erheblichem Maße von den Rahmenbedingungen abhängig. Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass vor allem in Zeiten wirtschaftlicher Rezession Krankmeldungen bzw. Krankschreibungen aus Sorge vor dem Verlust des Arbeitsplatzes sinken. Im Rahmen des GKV-Monitors gaben 2003 über zwei Drittel der Befragten (70,8 %) an, im letzten Jahr zur Arbeit gegangen zu sein, obwohl sie sich ernsthaft krank gefühlt haben (Zok 2004).

5.3 Einfluss von Arbeit auf Morbidität und Krankheitsfolgen

Mit den genannten Statistiken lassen sich verschiedene Zusammenhänge zwischen der ausgeübten Tätigkeit und der gesundheitlichen Situation nachweisen. Erkrankungen, die durch die Berufstätigkeit verursacht wurden, sind Arbeits- und Wegeunfälle sowie Berufskrankheiten. Zu den wesentlichen Krankheitsfolgen im Zusammenhang mit der Arbeit zählen Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitationsmaßnahmen, Frühberentung und Behinderung.

Anhand der Daten der Unfallversicherungen lässt sich zeigen, dass die Zahl der gemeldeten **Arbeitsunfälle**³ seit mehreren Jahren rückläufig ist. Im Zeitraum von 1998 bis 2003 verringerten sich die Arbeitsunfälle um 29 % von 1,59 Millionen auf etwa 1,14 Millionen Fälle. Die

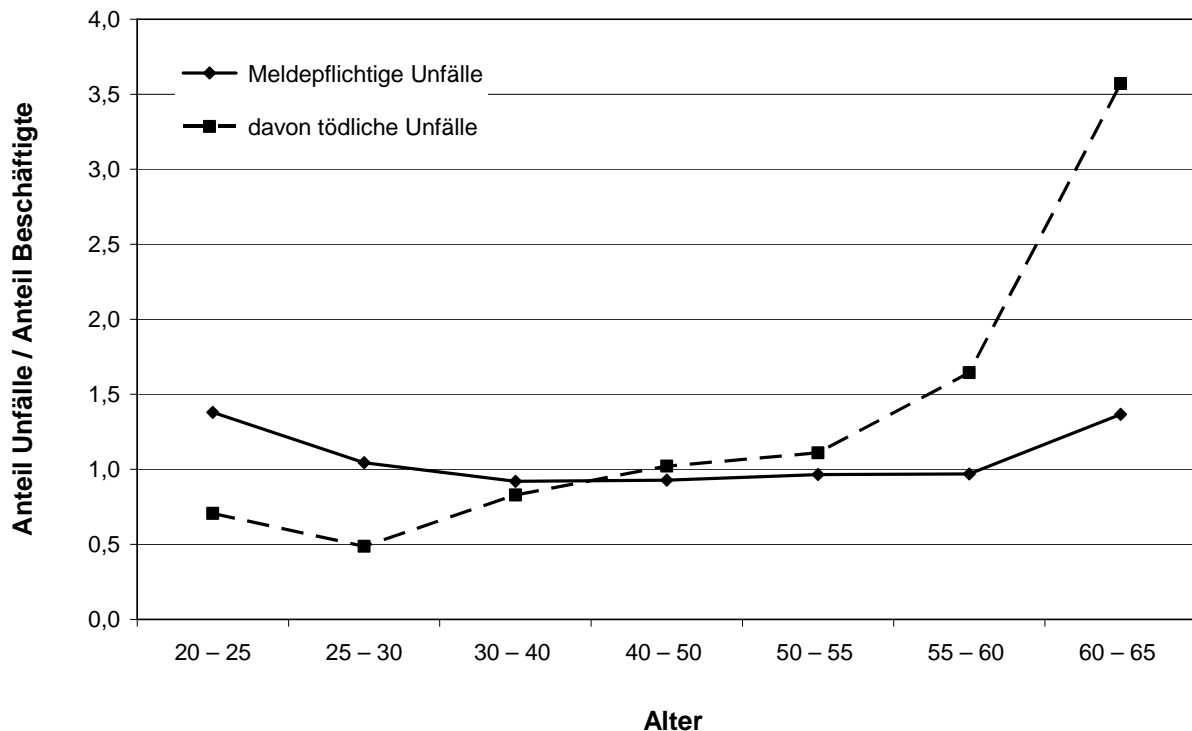
³ Meldepflichtig ist ein Unfall, wenn er mehr als 3 Tage Arbeitsunfähigkeit oder den Tod zu Folge hat. Wegeunfälle, Unfälle auf dem Weg nach oder von dem Ort der versicherten Tätigkeit, sind dabei den Arbeitsunfällen gleichgestellt.

Zahl der Unfälle je 1.000 Vollarbeiter⁴ sank im gleichen Zeitraum von 42 auf 31. Schwere und schwerste Unfälle sind ebenfalls zurückgegangen. Im Jahr 1998 verunglückten 35.000 Beschäftigte so schwer, dass der Unfall eine Rente zur Folge hatte, 2003 waren es rund 27.000. Damit hat sich die Relation von Unfallrenten je Unfälle jedoch kaum verändert (2003: 2,3 Arbeitsunfallrenten auf 100 Arbeitsunfälle; 1998: 2,2). Gesunken ist die Zahl der tödlichen Arbeitsunfälle. Während 1998 noch 1.287 Beschäftigte auf Grund eines Arbeitsunfalls starben, waren es 2003 noch 1.029. Dabei bestehen zwischen den verschiedenen Branchen starke Unterschiede. Die höchsten Raten an meldepflichtigen Arbeitsunfällen je 1.000 Vollarbeiter hatten im Jahr 2003 die Wirtschaftszweige Bau (73) und Holz (68), die niedrigsten Gesundheitsdienste (12) und Chemie (17) (BMWA 2005). Während die Zahl von Arbeitsunfällen im Altersverlauf mit Ausnahme der jüngsten und ältesten Arbeitnehmer relativ konstant ist, steigt die Zahl der tödlichen Unfälle mit dem Alter (Abbildung 5.1).

Abbildung 5.1

Unfallhäufigkeit in Abhängigkeit vom Alter

Quelle: 10 %-Statistik der gemeldeten Unfälle 2002 (BMWA 2004)



⁴ Ein Vollarbeiter entspricht der durchschnittlich von einer vollbeschäftigten Person in der gewerblichen Wirtschaft geleisteten Arbeitsstundenzahl. Diese Größe spiegelt die durchschnittliche Expositionszeit gegenüber der Gefahr wider, einen Arbeitsunfall zu erleiden.

Wegeunfälle treten seltener als Arbeitsunfälle auf, besitzen aber auf Grund der oftmals schweren Folgen dennoch einen hohen Stellenwert. Im Jahr 2003 wurden insgesamt 202.745 Wegeunfälle gemeldet und 7.888 Wegeunfallrenten zuerkannt. Auf 100 Wegeunfälle entfielen damit 3,9 Unfallrenten, deutlich mehr als bei den Arbeitsunfällen. Auch der Anteil der tödlich verlaufenden Unfälle liegt vergleichsweise hoch: Wegeunfälle machen 15,1 % aller Unfälle aus, sind aber für 40,3 % der unfallbedingten Todesfälle verantwortlich.

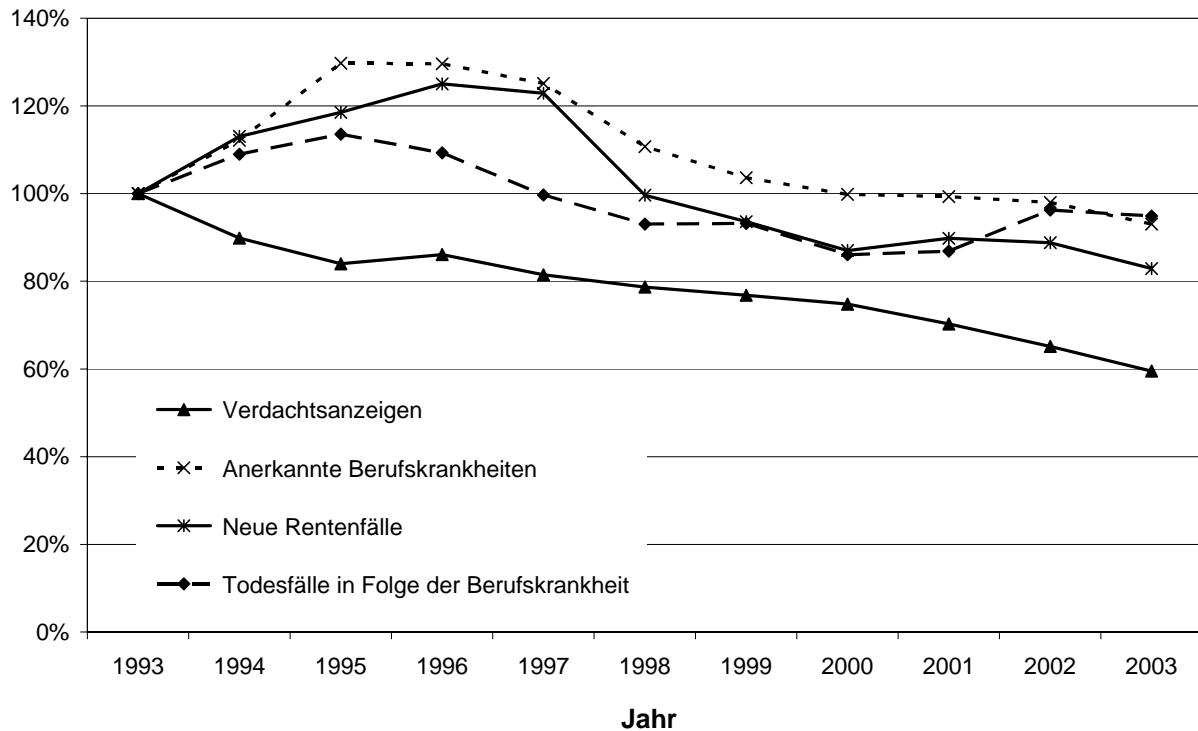
Gegenüber den Unfällen ist die Zuordnung von Erkrankungen zur Tätigkeit erheblich aufwändiger. Als **Berufskrankheiten** gelten lediglich die Krankheiten, die in der so genannten Berufskrankheitenliste erfasst sind. Jeder Arzt und jede Ärztin ist verpflichtet, einen begründeten Verdacht für eine Berufskrankheit zu melden. Die Anerkennung einer Berufskrankheit berechtigt i.d.R. zur Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen; ihre Definition ist folglich vom Versicherungsgedanken geprägt. Die Anerkennung setzt zwei Kausalitätsnachweise voraus: Zwischen der versicherten Tätigkeit und deren schädigender Einwirkung sowie zwischen der Einwirkung und der Erkrankung müssen ursächliche Zusammenhänge nachgewiesen werden.

Im Rahmen der Feststellungsverfahren werden durch die gesetzlichen Unfallversicherungsträger Daten zu Berufskrankheiten erhoben und gespeichert. Die wesentlichen Daten werden in der so genannten BK-Dokumentation erfasst. Obwohl in den Jahren 1992 bis 2001 acht neue Krankheiten in die Liste der Berufskrankheiten aufgenommen wurden, ist die Zahl der Verdachtsanzeigen kontinuierlich gesunken. Im Jahr 2003 gab es mit 64.856 Anzeigen rund ein Viertel weniger Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit bei den Unfallversicherungsträgern als 1998 (85.787). Eine Berufskrankheit wurde in 17.425 Fällen anerkannt; in 5.307 Fällen hatten sie eine Rente zur Folge. An den Folgen einer Berufskrankheit starben 2003 insgesamt 2.080 Personen. Diese Zahlen sind nach einem Anstieg bis zur Mitte der 90er Jahre ebenfalls gesunken (Abbildung 5.2).

Abbildung 5.2

Entwicklung der Verdachtsanzeigen, anerkannter Berufskrankheiten, Rentenfälle und Todesfälle in Folge der Berufskrankheit 1993-2003 (1993=100 %)

Quelle: Geschäftsergebnisse des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften, des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und des Bundesverbandes der Unfallkassen (BMWA 2005)



Neben den Arbeits- und Wegeunfällen sowie den Berufskrankheiten werden im Zusammenhang mit der Arbeit insbesondere die Folgen von Erkrankungen erfasst. Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeit und Rehabilitation sowie Frühberentung und Behinderung präsentiert.

Ausgangspunkt der Darstellung ist die **Arbeitsunfähigkeit** (AU). Wie Tabelle 5.3 entnommen werden kann, sind Erwerbstätige im Vergleich zu Erwerbslosen und Nichterwerbspersonen seltener krank oder unfallverletzt. Allerdings lässt sich auf Grund des Querschnittscharakters der Daten kein Ursache-Wirkungs-Zusammenhang herstellen. Der hohe Anteil an Langzeiterkrankten legt nahe, dass Krankheit nicht unbedingt Folge der Erwerbslosigkeit ist, sondern auch deren Ursache sein kann (vgl. RKI 2003 und Kapitel 6).

Tabelle 5.3

Kranke und Unfallverletzte im Jahr 2003 nach Beteiligung am Erwerbsleben und Geschlecht (Angaben in %)

Datenbasis: Mikrozensus 2003

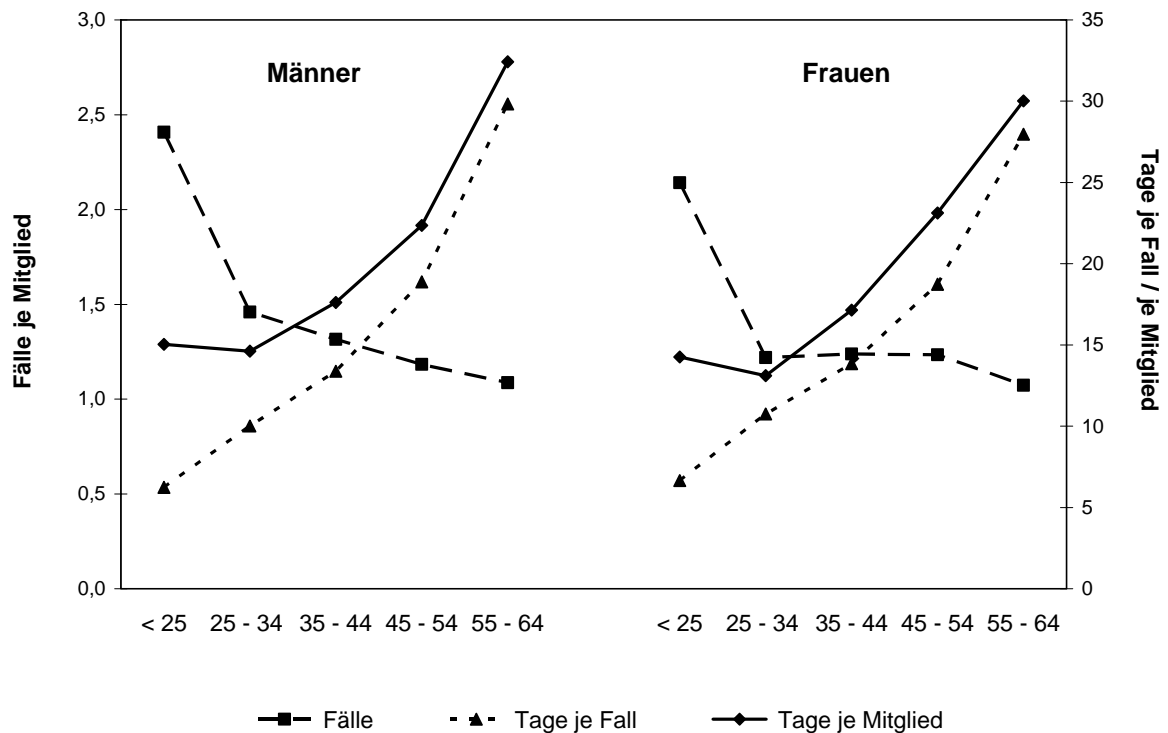
	Kranke und Unfallverletzte			davon Krankheitsdauer > 1 Jahr		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Erwerbstätige insgesamt	7,7	7,9	7,5	21,6	22,1	21,2
Erwerbslose	9,2	8,8	9,8	44,7	44,3	44,8
Nichterwerbspersonen (15-65 Jahre)	13,1	15,6	11,5	62,3	66,4	59,0

Durchschnittlich wurde jeder/jede Versicherte der GKV⁵ im Jahr 2003 1,1-mal krank und fiel für 13,7 Tage krankheitsbedingt aus (BMWA 2005). Fallzahl und Falldauer zeigen für Männer wie für Frauen einen typischen Altersverlauf. Auf der Basis von Daten der AOK lässt sich zeigen, dass mit zunehmendem Alter die Krankheitsfälle je Mitglied sinken, während die Ausfallzeiten und damit die Dauer der einzelnen Krankheitsfälle zunehmen. So war im Jahr 2001 eine Erhöhung der Falldauern von 6,3 Tage für die unter 25-Jährigen und von 28,8 Tage für die 55- bis 64-Jährigen zu verzeichnen. Insgesamt steigen die Ausfalltage mit dem Alter an (Abbildung 5.3).

⁵ Die Daten beziehen sich auf die zusammengefassten Angaben der Bundesverbände der Allgemeinen Ortskrankenkassen, der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der Landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Angestellten-Krankenkassen und der Arbeiter-Ersatzkassen.

Abbildung 5.3**AU-Fälle sowie AU-Tage je Fall und Mitglied im Altersverlauf**

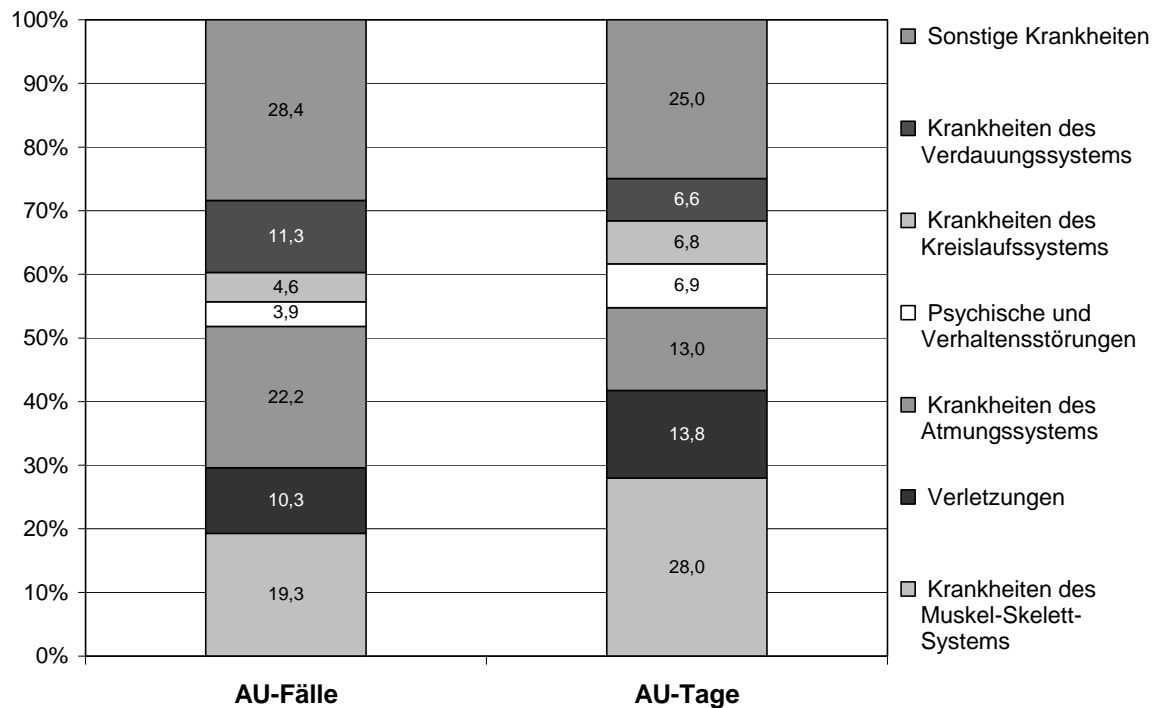
Quelle: AOK-Statistik 2001



Drei Viertel aller Arbeitsunfähigkeitstage können auf sechs Krankheitsgruppen nach ICD zurückgeführt werden. Allein die muskulo-skelettalen Erkrankungen verursachen bei den Versicherten der AOK ein gutes Viertel aller Ausfalltage. In Abbildung 5.4 wird zudem deutlich, dass psychische und Herz-Kreislauf-Krankheiten vergleichsweise lange Ausfallzeiten nach sich ziehen, während Atemwegserkrankungen und Krankheiten des Verdauungssystems zwar häufig sind, aber geringere Ausfallzeiten verursachen.

Abbildung 5.4**Die häufigsten Krankheitsarten der erwerbstätigen Pflichtmitglieder der AOK 2002**

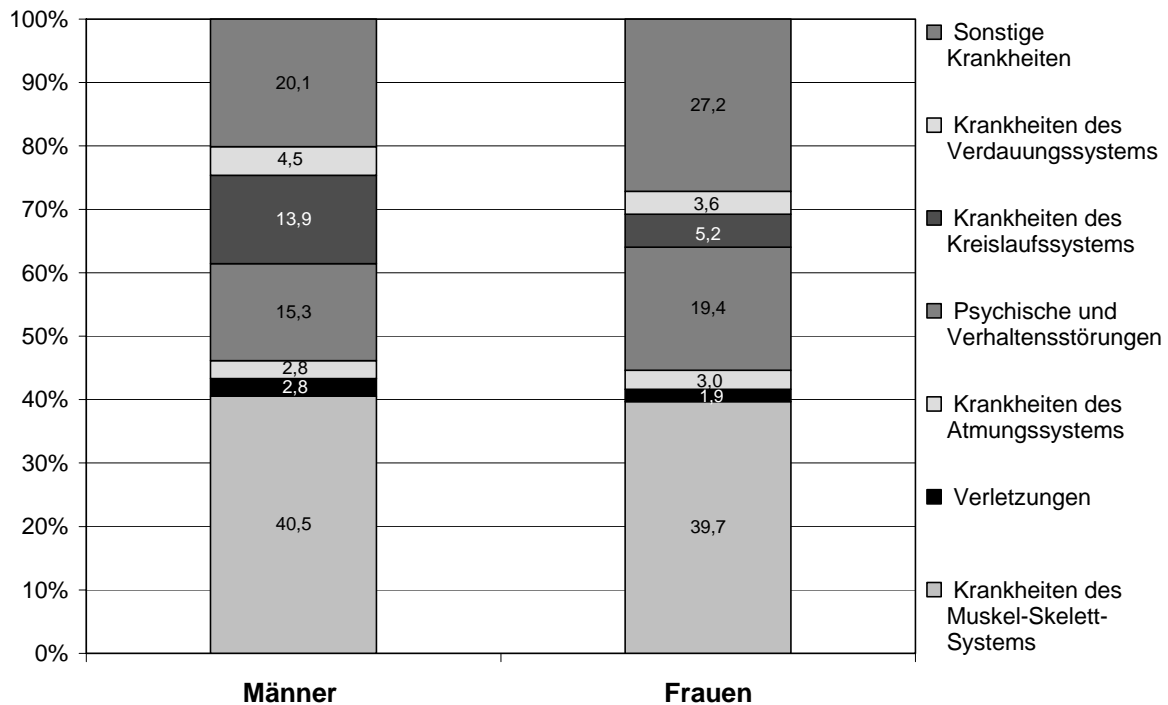
Quelle: AOK-Statistik (Badura et al. 2004)



Ein Blick auf die Daten zu Rehabilitationsmaßnahmen (Abbildung 5.5) zeigt geschlechtsspezifische Unterschiede bei schweren Erkrankungen. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sind zwar bei Männern und Frauen Ursache für rund 40 % aller Rehabilitationsmaßnahmen, psychische Störungen sind jedoch insbesondere bei Frauen sehr viel häufiger Ursache für Reha-Maßnahmen als dies ihr Anteil an den AU-Fällen erwarten ließe. Bei Männern gilt Entsprechendes für Herz-Kreislauserkrankungen. Verletzungen und Atemwegserkrankungen sind erheblich seltener Grund für die Inanspruchnahme einer Reha-Maßnahme als für eine Arbeitsunfähigkeit.

Abbildung 5.5**Verteilung der Rehabilitationsmaßnahmen der Gesetzlichen Rentenversicherung nach erster Diagnose und Geschlecht**

Quelle: VDR-Statistik Rehabilitation 2002 (VDR 2003)



Einen starken Zusammenhang zwischen der beruflichen Stellung auf die Arbeitsunfähigkeit zeigen auch die AOK-Statistiken. Während im Jahr 2002 pflichtversicherte Arbeiter/Arbeiterinnen durchschnittlich 23,0 Tage fehlten, waren die ebenfalls pflichtversicherten Angestellten nur 13,3 Tage im Jahr krankgeschrieben (Badura et al. 2004). Unterschiede in der Morbidität in Abhängigkeit von der Stellung im Beruf lassen sich auch auf Basis der Kasenzugehörigkeit verdeutlichen. So sind in den AOKen hauptsächlich Arbeiter und Arbeiterinnen versichert, während beispielsweise bei der DAK primär Angestellte versichert sind. Im Jahr 2002 betrug der durchschnittliche Krankenstand⁶ in der DAK 3,5 % (DAK 2003) und in der AOK 5,2 % (Badura et al. 2004). Auch innerhalb der Branchen variieren die Zahlen. Während im Banken- und Versicherungsgewerbe DAK-Mitglieder einen Krankenstand von 3,0 % aufweisen, sind es bei den AOK-Mitgliedern 3,5 %. In der Öffentlichen Verwaltung beträgt der Krankenstand 4,0 % bzw. 5,9 %, wobei zu berücksichtigen ist, dass der Anteil Behinderter und chronisch Kranker hier deutlich erhöht ist.

⁶ Der Krankenstand wird als Anteil der angefallenen Arbeitsunfähigkeitstage am Kalenderjahr gemessen.

Zwischen den einzelnen Berufsgruppen gibt es ebenfalls erhebliche Unterschiede. So ergab eine Auswertung der krankheitsbedingten Fehlzeiten bei den Angehörigen der so genannten „spanenden Metallberufe“, die im Zusammenhang mit einer Machbarkeits-Studie von der AOK Niedersachsen gemeinsam mit der Norddeutschen Metall BG durchgeführt wurde, einen durchschnittlichen Krankenstand von 6,6 %. Dieser schwankte zwischen den einzelnen Berufen von 3,5 % (Hobler) bis 9,5 % (Stahlbauschlosser). In Tabelle 5.4 sind die Krankenstände einzelner Berufe zusammen gestellt. Insgesamt wird die Tendenz deutlich, dass statushöhere Berufe weniger Ausfallzeiten haben.

Tabelle 5.4

Die fünf Berufe mit den meisten / wenigsten Arbeitsunfähigkeitstagen

Quelle: BKK-Statistik 2003 (BKK Bundesverband 2005)

Berufsbezeichnung	KldB*-Schlüssel	Fälle je Mitglied	Tage je Mitglied
Elektroingenieure	602	0,2	1,3
Ingenieure des Maschinen- und Fahrzeugbaues	601	0,2	1,5
Physiker, Physik-Ingenieure, Mathematiker	612	0,2	1,6
Chemiker, Chemieingenieure	611	0,2	2,0
Naturwissenschaftler	883	0,3	2,9
Kranführer	544	1,3	23,9
Maschinen-, Behälterreiniger	937	1,4	24,4
Gleisbauer	463	1,4	26,1
Straßenreiniger, Abfallbeseitiger	935	1,7	26,4
Fahrzeugreiniger, -pfleger	936	1,4	26,7

* Klassifizierung der Berufe 1992 (StaBA 1992)

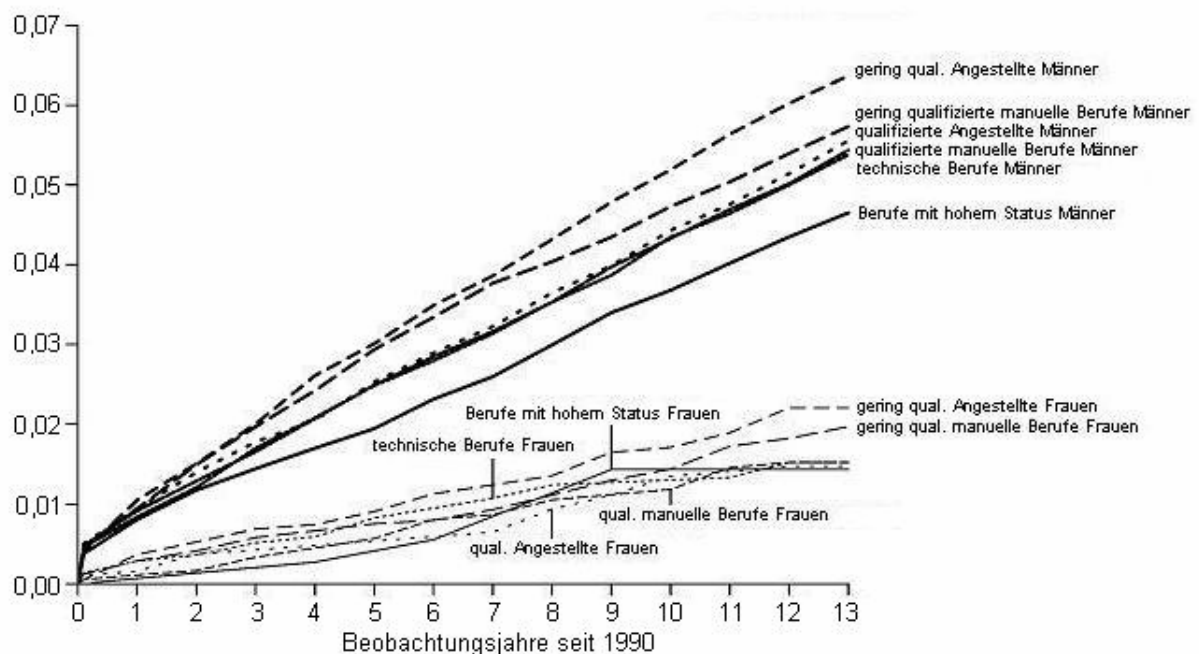
Nicht nur die Häufigkeit auch die Art der Erkrankung wird durch die ausgeübte Tätigkeit beeinflusst. Die Gegenüberstellung der Angaben zu krankheitsbedingten Ausfällen von AOK-Versicherten aus der Bauwirtschaft und aus dem Banken- und Versicherungsgewerbe zeigt erhebliche Unterschiede im Krankheitsspektrum. Sie können durch die extrem divergierenden Arbeitsbedingungen gut erklärt werden. Im Baugewerbe spielen Verletzungen eine erhebliche Rolle, zudem ist die Arbeit belastend für das Bewegungssystem. Von daher ist es nicht verwunderlich, dass Verletzungen und muskulo-skelettale Erkrankungen zusammen 54 % der AU-Tage verursachen. Für das Banken- und Versicherungsgewerbe machen diese Diagnosegruppen nur 31 % der Krankheitstage aus. Wird zudem der deutlich höhere durchschnittliche Krankenstand auf dem Bau (5,7 % gegenüber 3,5 % bei den Banken und Versicherungen) mit berücksichtigt, so verursachen diese Erkrankungen beim Bau die 2,8-fache Zahl an Fehltagen (Badura et al. 2004).

Die Kassendaten lassen auf Grund der hohen Fallzahlen auch die Ermittlung berufsspezifischer Auftretenshäufigkeiten für einzelne Erkrankungen zu. Die Analyse der GEK-Daten nach Berufsgruppen ergab bei den kumulativen Morbiditätsraten für Herzinfarkt (Abbildung 5.6) einen deutlichen sozialen Gradienten zu Ungunsten der schlechter gestellten Berufsgruppen. Noch deutlicher sind die Unterschiede in der Krankheitshäufigkeit für die männlichen Versicherten bei Lungenkrebs und Leberzirrhose. An diesen beiden Krankheiten zeigen sich zudem berufsbedingte Unterschiede im Risikoverhalten, dem Rauchen und dem Alkoholkonsum.

Abbildung 5.6

Kumulierte Morbiditätsrate für Herzinfarkt für GEK-Mitglieder des Jahres 1990 nach Hauptberufsgruppen und Geschlecht

Quelle: Voges et al. (2004)



In der epidemiologischen Literatur ist unbestritten, dass auch „weiche“ Faktoren, wie das Betriebsklima, die Mitarbeiterzufriedenheit und die Unternehmenskultur, Einfluss auf die Höhe der Fehlzeiten haben (z.B. Elliehausen et al. 2002). So besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit in Abhängigkeit von der Lage der Arbeitszeit. Personen mit unregelmäßigen Arbeitszeiten bzw. Schichtarbeit haben nach den Daten des Mikrozensus 2003 eine um etwa ein Zehntel erhöhte Unfall- bzw. Krankheitsrate (Tabelle 5.5).

Tabelle 5.5**Kranke und unfallverletzte⁷ Erwerbstätige im Jahr 2003 nach Arbeitszeiten (Angaben in %)**

Datenbasis: Mikrozensus 2003

	Kranke und Unfallverletzte	krank	Unfall	Krankheit durch Arbeit verursacht / verschlimmert
Erwerbstätige insgesamt	7,7	6,9	0,8	19,3
mit regelmäßigen Arbeitszeiten	7,6	6,8	0,8	18,6
mit unregelmäßigen Arbeitszeiten und Schichtarbeit	8,4	7,5	0,9	23,1

Insgesamt gaben 7,7 % der Erwerbstätigen an, zum Zeitpunkt der Befragung durch eine Krankheit oder einen Unfall gesundheitlich eingeschränkt zu sein. Betrachtet nach der Stellung im Beruf haben die Selbstständigen den geringsten, Beamte/Beamtinnen und Arbeiter/Arbeiterinnen den höchsten Anteil an Beeinträchtigten. Die Mikrozensus-Daten erlauben außerdem Aussagen darüber, inwiefern Erkrankungen nach Einschätzung der Betroffenen tatsächlich mit der Arbeit zusammenhängen. Ein knappes Fünftel der erkrankten Befragten gab an, dass die Krankheit durch die Tätigkeit verursacht bzw. verschlimmert wird. Je nach Stellung im Beruf ergeben sich auch hier deutliche Unterschiede. Den höchsten Anteil Erkrankungen, die auf die ausgeübte Tätigkeit zurückgeführt wird, haben danach Selbstständige und Arbeiter/Arbeiterinnen.

Tabelle 5.6**Kranke und unfallverletzte Erwerbstätige im Jahr 2003 nach Stellung im Beruf (Angaben in %)**

Datenbasis: Mikrozensus 2003

	Kranke und Unfallverletzte	krank	Unfall	Krankheit durch Arbeit verursacht / verschlimmert
Selbstständige	5,8	5,2	0,6	23,5
Beamte/Beamtinnen	8,7	7,8	0,8	21,3
Angestellte	7,4	6,8	0,6	16,9
Arbeiter/Arbeiterinnen	8,6	7,6	1,0	23,3
Auszubildende	7,0	6,1	0,9	n.a.
Erwerbstätige insgesamt	7,7	6,9	0,8	19,3

n.a.=nicht ausgewiesen wegen zu geringer Fallzahl

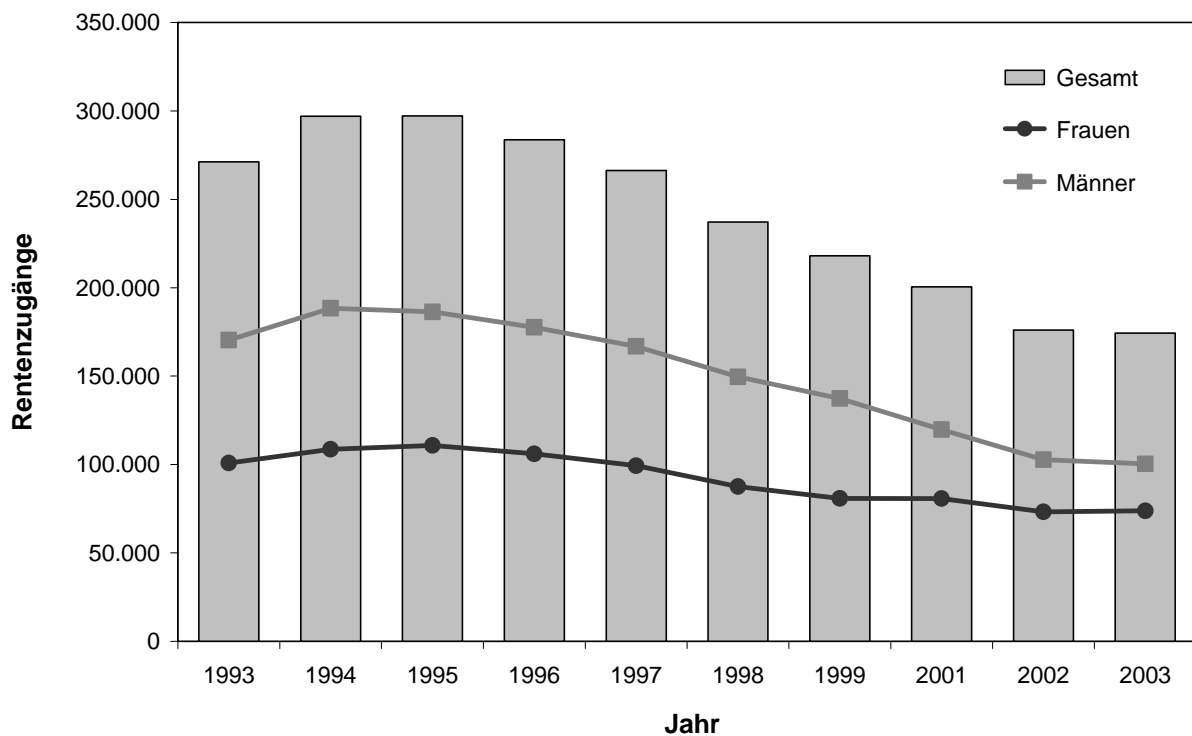
⁷ Eine Krankheit oder Unfallverletzung liegt vor, wenn eine Person sich während des Berichtszeitraums in ihrem Gesundheitszustand so beeinträchtigt gefühlt hat, dass sie ihre übliche Beschäftigung nicht voll ausüben konnte.

Die **Frühberentung** umfasst Renten wegen Erwerbsminderung (früher: Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten) der gesetzlich Rentenversicherung, Verletztenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung, Dienstunfähigkeit in der Beamtenversorgung sowie Erwerbsminderung nach dem Bundesversorgungsgesetz. Die verschiedenen Formen des vorgezogenen Altersruhegeldes, z.B. wegen Arbeitslosigkeit, zählen dagegen nicht zur Frühberentung (Statistisches Bundesamt 1998). Die Zugänge zu den Erwerbsminderungsrenten sind seit Mitte der 90er Jahre kontinuierlich gesunken. Im Vergleich zu knapp 240.000 neuen Renten im Jahr 1998 ist sie um ein gutes Viertel auf 174.000 zurückgegangen. Dabei hat sich die Situation bei Männern und Frauen unterschiedlich entwickelt: Bei den Männern ist die Zahl der jährlichen Rentenzugänge von knapp 150.000 auf rund 100.000 um ein Drittel zurückgegangen. Bei den Frauen ist sie im gleichen Zeitraum von 88.000 auf 74.000, also etwa um ein Sechstel, gesunken.

Abbildung 5.7

Entwicklung der Zugänge bei den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit 1993-2003

Quelle: VDR-Statistik 2004

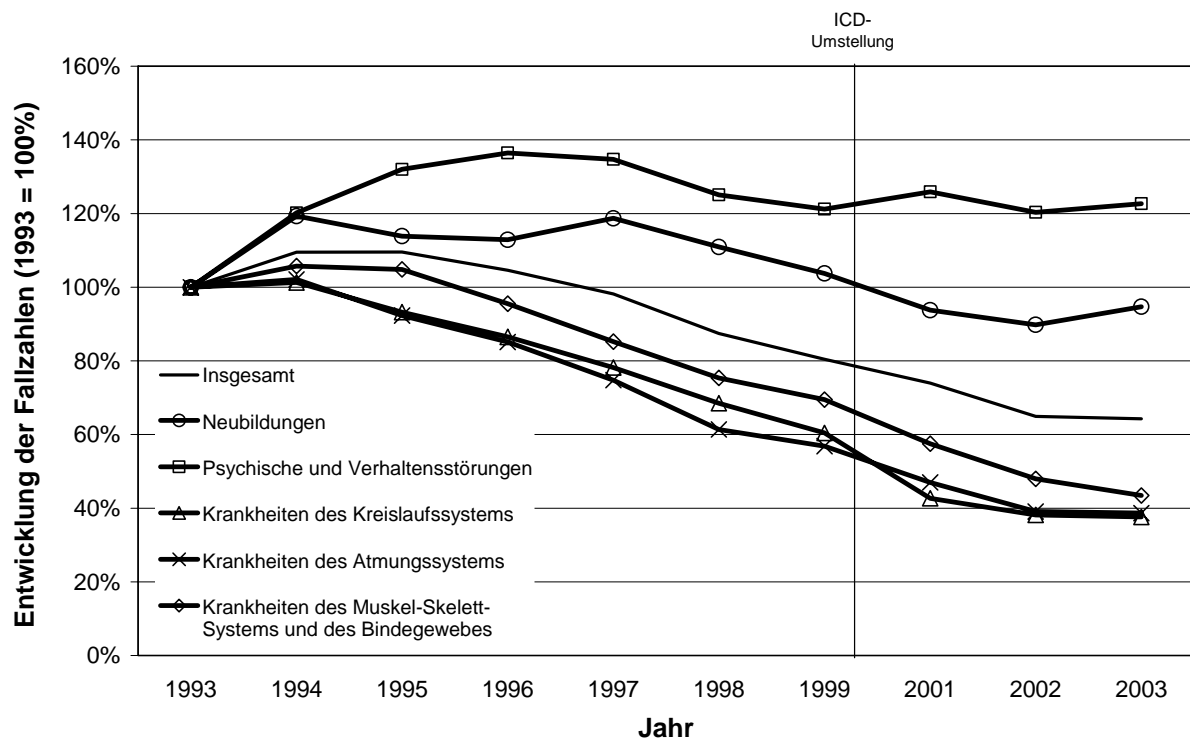


Im Vergleich zur Gesamtentwicklung haben im Zeitraum von 1998 bis 2003 insbesondere psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen in ihrer Bedeutung als Grund für eine Erwerbsminderungsrente zugenommen. Wie Abbildung 5.8 verdeutlicht, hat sich die relative Bedeutung der psychischen und Verhaltensstörungen seit 1993 fast verdoppelt. Demgegenüber waren insbesondere Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und der Atmungsorgane überproportional rückläufig.

Abbildung 5.8

Ursachen für Erwerbsminderungsrenten: Einzelne Krankheitsbilder

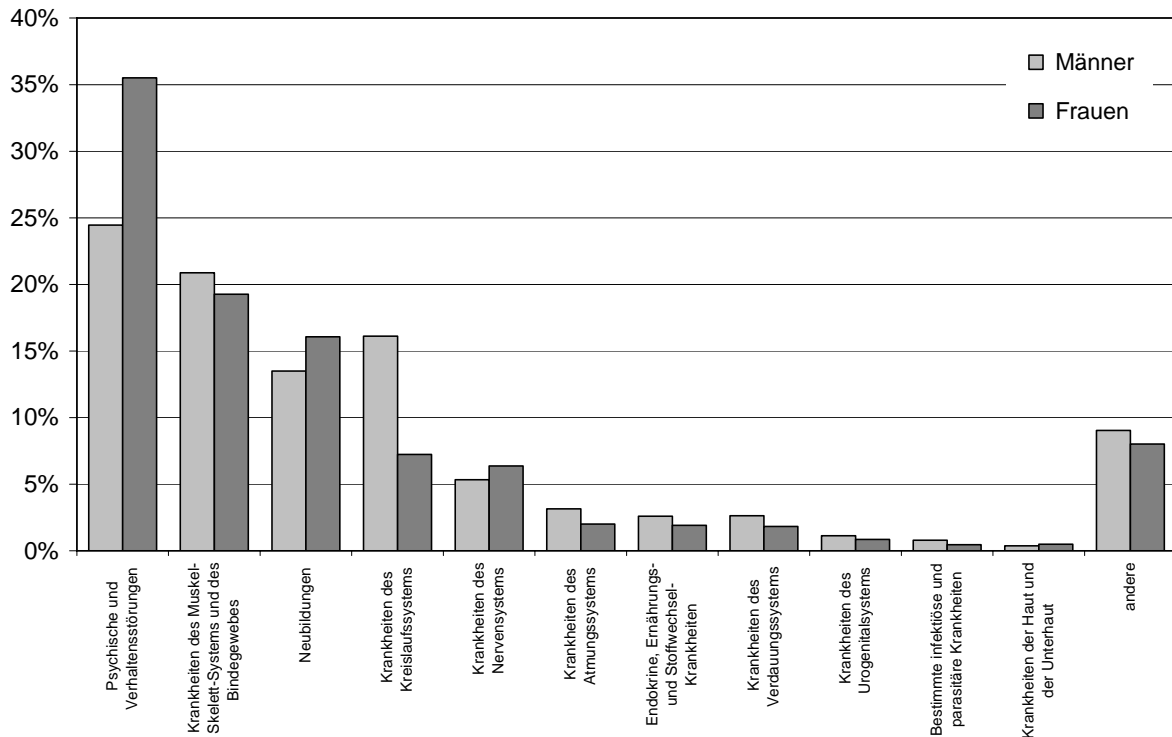
Quelle: VDR-Statistik (VDR 2004)



Die geschlechtsdifferenzierte Betrachtung zeigt deutliche Unterschiede in der relativen Bedeutung der einzelnen Krankheitsgruppen. Aus Abbildung 5.9 wird deutlich, dass bei beiden Geschlechtern psychische Erkrankungen die häufigste Ursache einer Erwerbsminderung sind. Bei Frauen ist der Anteil der Renten, die auf Grund dieser Diagnose bewilligt werden, aber deutlich größer als bei Männern. Männer werden demgegenüber häufiger als Frauen infolge einer Herz-Kreislauf-Erkrankung erwerbsunfähig. Dieses „Muster“ spiegelt sich auch in den bereits erwähnten geschlechtsspezifischen Morbiditätsraten wider.

Abbildung 5.9**Erkrankungen als Grund für Erhalt einer Erwerbsminderungsrente 2003 - relative Bedeutung nach Geschlecht**

Quelle: VDR-Statistik (VDR 2004)

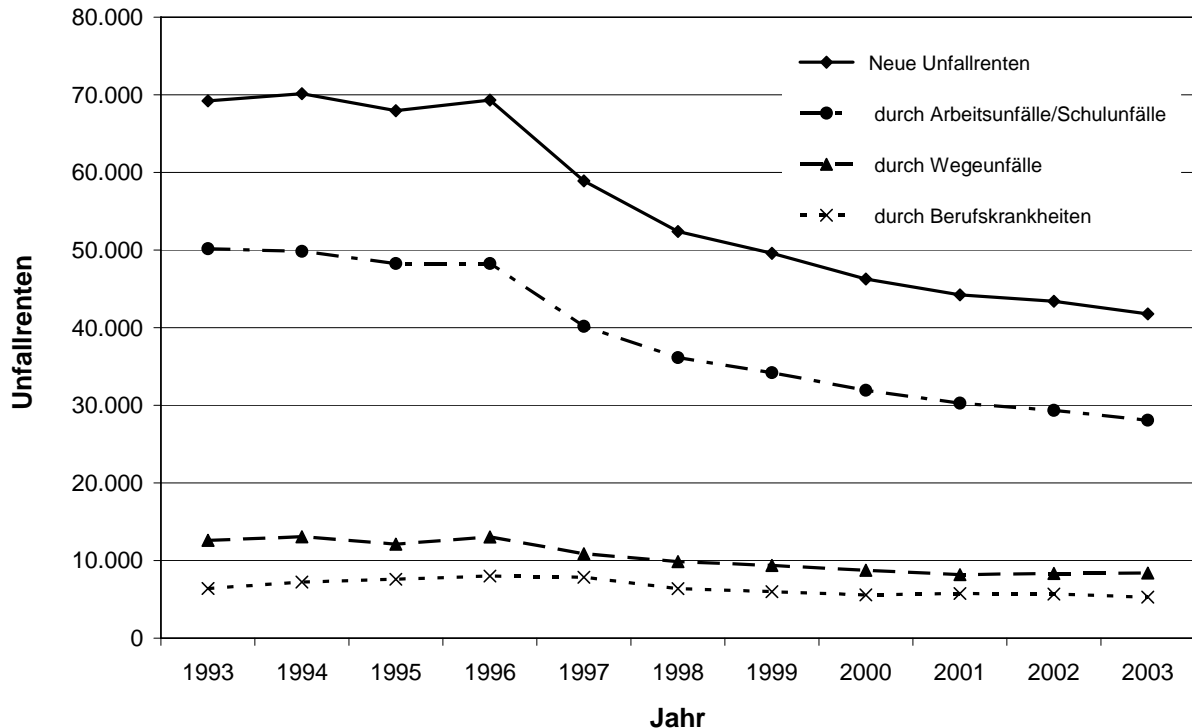


Im Gegensatz zu den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit muss für Unfallrenten der eindeutige Auslöser einer anerkannten Invalidität im beruflichen Umfeld liegen.⁸ Wie Abbildung 5.10 verdeutlicht, sinkt die Zahl der Unfallrenten seit 1993 kontinuierlich – und das trotz steigender Versichertenzahlen. Während in der Zeit von 1998 bis 2003 die Zahl der Versicherten geringfügig auf 74,8 Millionen gestiegen ist, sank die Zahl der meldepflichtigen Unfälle um 17,9 % auf knapp 2,85 Millionen Fälle. Die Zahl der in einem Jahr neu bewilligten Unfallrenten sank um 20,2 % auf 41.800. Arbeitsunfälle als Ursache für eine Frühberentung sind in dieser Zeit um fast 23,3 % zurückgegangen. Aber auch die Renten, die auf Grund von Wegeunfällen und Berufskrankheiten bewilligt wurden, sind deutlich zurückgegangen, um 15,1 % bzw. 16,8 %. Anhand dieser Zahlen wird noch einmal die große Bedeutung der Wegeunfälle deutlich, die zwar lediglich 12,1 % der gesamten meldepflichtigen Unfälle ausmachen, aber 20,1 % der wegen Unfällen bewilligten Renten verursachen.

⁸ Die gesetzliche Unfallversicherung (UV) zahlt als Entschädigungsleistung eine Verletztenrente, wenn der Versicherungsfall zu einer Minderung der Erwerbstätigkeit von mindestens 20 % geführt hat und der Verletzte länger als 26 Wochen in seiner Erwerbstätigkeit gemindert ist. Dies gilt auch, wenn die Betroffenen das Rentenalter erreichen. Beim Zusammentreffen einer Verletztenrente aus der UV mit einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (RV), wird die Verletztenrente der UV immer ungekürzt gezahlt. Die Rente aus der RV wird dagegen ganz oder teilweise nicht geleistet, wenn beide Renten zusammen den so genannten Grenzbetrag übersteigen.

Abbildung 5.10**Neue Unfallrenten nach Auslöser**

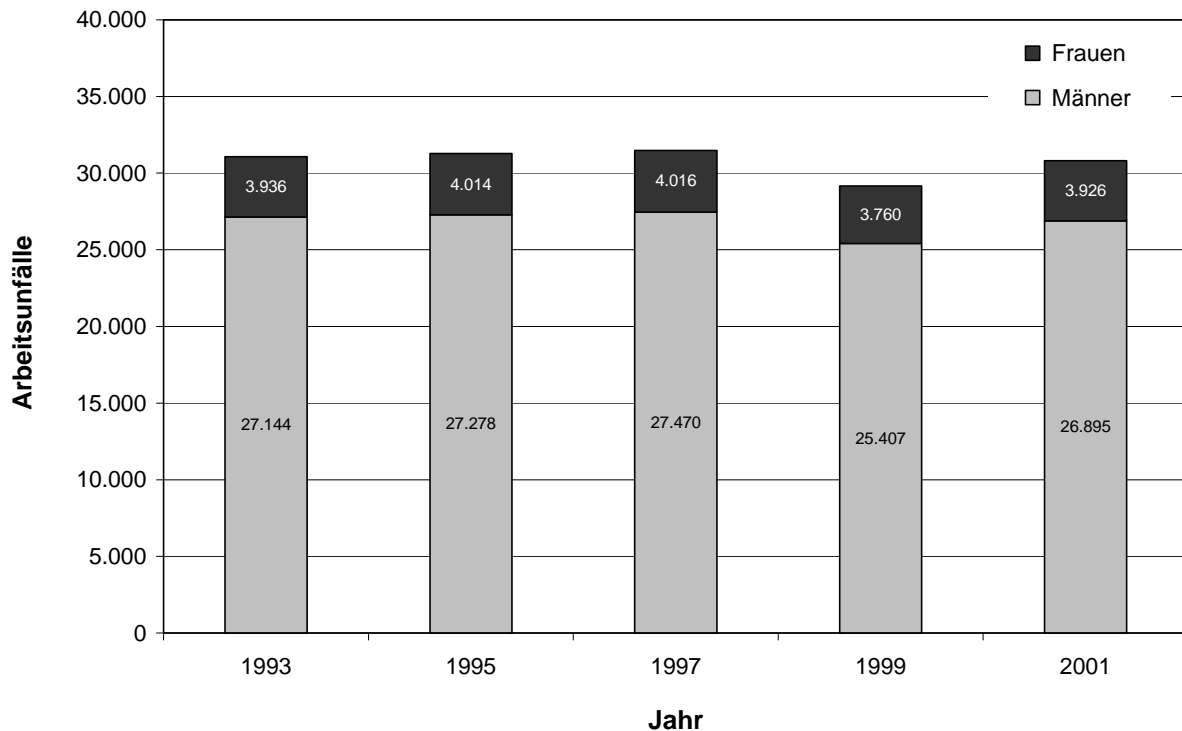
Quelle: Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Unfallversicherung (BMGS 2004a; BMWA 2005)



Behinderungen werden zum großen Teil im Laufe des Lebens erworben. Die Zahl der anerkannten Schwerbehinderungen mit einem Grad von über 50 % ist von 1997 bis 2001 von 1,91 auf 2,0 Millionen gestiegen. Der ganz überwiegende Teil der Schwerbehinderungen ist auf Krankheiten zurückzuführen, Arbeits- und Wegeunfälle sowie Berufskrankheiten spielen mit 1,5 % der Ursachen nur eine untergeordnete Rolle. Dennoch ist zu beachten, dass Männer zum einen erheblich häufiger eine Behinderung erleiden, zum anderen sind sie auch deutlich häufiger als Frauen auf Grund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit schwer behindert (Abbildung 5.11).

Abbildung 5.11**Arbeitsunfälle (einschl. Wegeunfälle) sowie Berufskrankheiten als Ursache einer Schwerbehinderung (GdB von mind. 50 %) nach Geschlecht**

Quelle: Statistik der schwer behinderten Menschen (BMGS 2004b)

**5.4 Stellung in der Arbeitswelt als Prädiktor der Mortalität**

Der Zusammenhang von Arbeit und Mortalität lässt sich ebenfalls mit Routinedaten der Krankenkassen untersuchen. Wenn Daten der GEK zu Grunde gelegt werden, ergeben sich die mit Abstand höchsten kumulativen Sterblichkeitsraten für männliche Arbeiter (Voges et al. 2004). Bei Männern zeigen sich für Angestellte wie auch für Arbeiter höhere kumulierte Sterberaten als für Frauen (Abbildung 5.12). Gering qualifizierte angestellte Männer unterliegen im Vergleich zu anderen Berufsgruppen dem höchsten Mortalitätsrisiko. Es folgen Männer mit gering qualifizierten manuellen Berufen, mit qualifizierten manuellen Berufen, qualifizierte männliche Angestellte und Männer in technischen Berufen. Die niedrigste Sterberate weisen Männer in Berufen mit hohem Status auf.

Im Vergleich zu den Männern ist bei den Frauen der soziale Gradient weniger deutlich. Unter den Frauen weisen diejenigen in gering qualifizierten manuellen Berufen die höchste Mortalität auf. Demgegenüber haben Frauen in technischen Berufen die geringste Sterberate. Frauen mit qualifizierten Berufen, Berufen mit hohem Status und gering qualifizierte weibli-

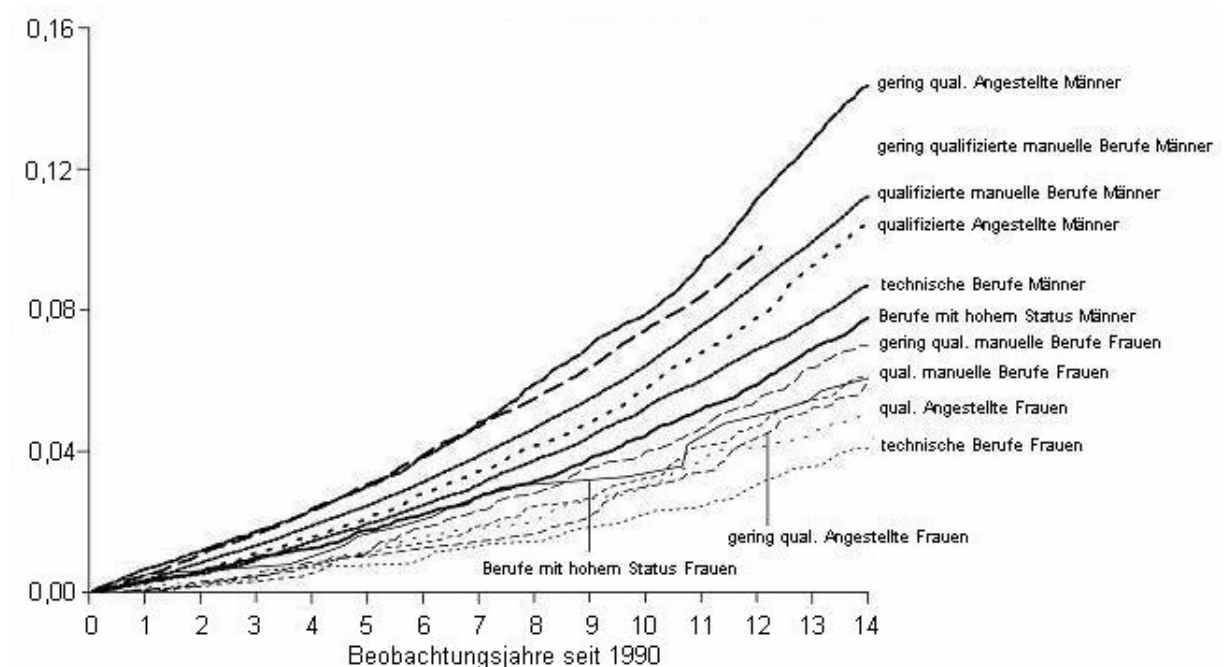
che Angestellte unterscheiden sich kaum voneinander und liegen bei einem – auf die Gesamtheit der Frauen bezogen – durchschnittlichem Wert.

Insgesamt verdeutlichen die Auswertungen, dass die relative Position in der Arbeitswelt einen erheblichen Einfluss auf die Mortalität hat. Bereits eine frühere Analyse der Daten der Gmünder Ersatzkasse ergab eine um etwa das Doppelte erhöhte Frühsterblichkeit von Angehörigen der niedrigsten von fünf beruflichen Statusgruppen im Vergleich zu den Angehörigen der höchsten Statusgruppe (Helmert 2000).

Abbildung 5.12

Kumulierte Mortalitätsrate für GEK-Mitglieder des Jahres 1990 nach Hauptberufsgruppen und Geschlecht

Quelle: Voges et al. (2004)



5.5 Bedeutung der Arbeit für die subjektive Gesundheit und das Gesundheitsverhalten

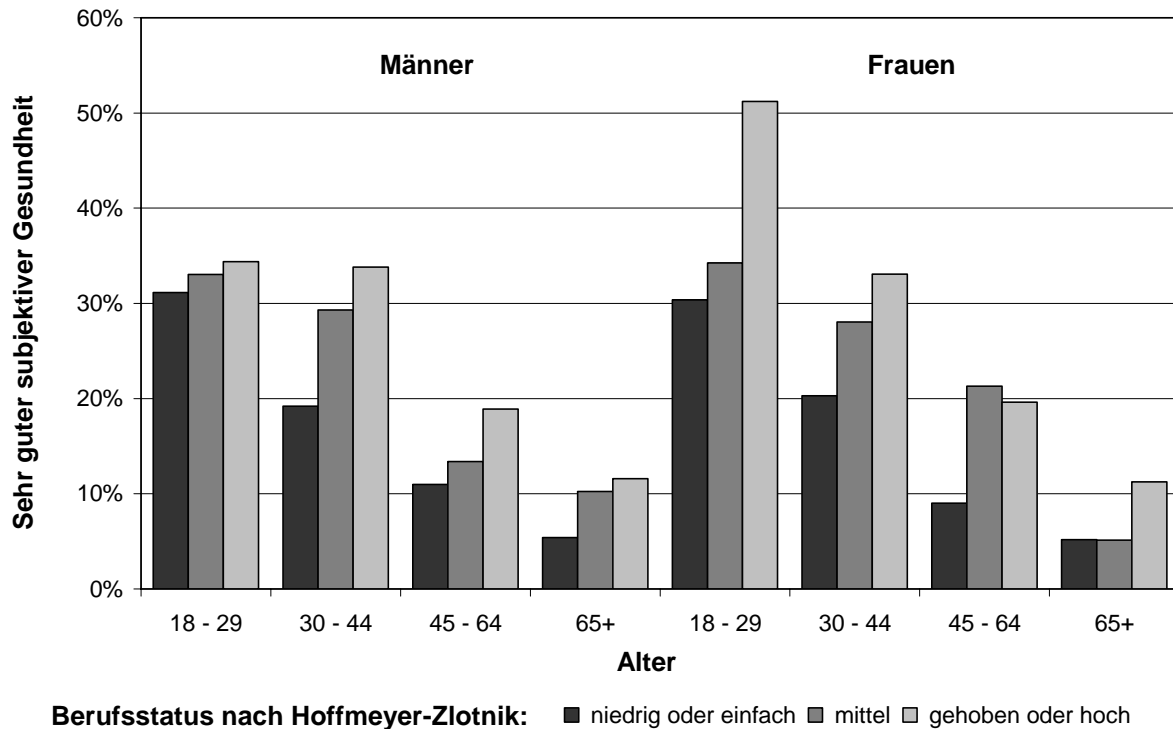
Neben Angaben zur Morbidität und Mortalität ist die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit von großem Wert, wenn die gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitswelt erfasst werden sollen. Die **Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes** kann von einer Einschätzung nach „objektiven“ Maßstäben deutlich abweichen. Abbildung 5.13 gibt den Anteil der Personen mit einer sehr guten Gesundheitseinschätzung in verschiedenen, durch die Autonomie des individuellen Handelns bestimmte Berufsstatusgruppen wieder. Über alle AI-

tersklassen hinweg lässt sich für Männer wie Frauen ein positiver Zusammenhang zwischen dem Berufsstatus und der subjektiven Gesundheit feststellen.

Abbildung 5.13

Subjektiver Gesundheitszustand nach Berufsstatus, Alter und Geschlecht

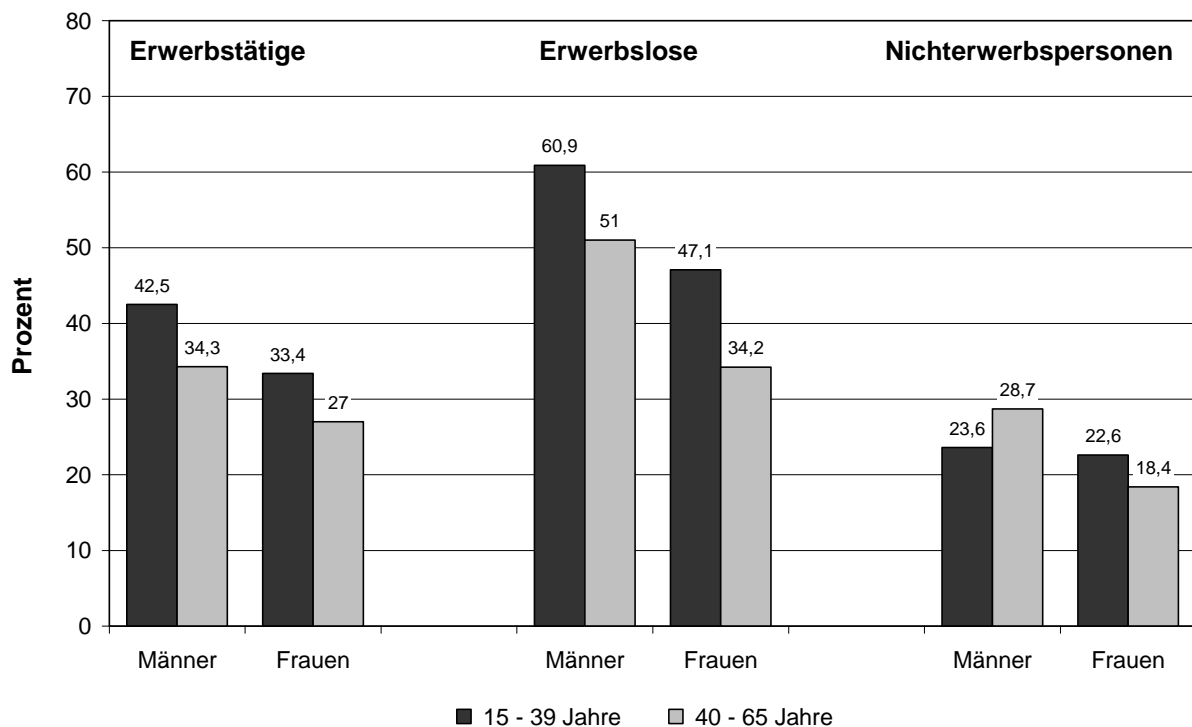
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003



Der arbeitsweltliche Kontext zeigt einen erheblichen Zusammenhang mit dem **Gesundheitsverhalten**. Einen deutlichen Ausdruck findet dies in den berufsgruppenspezifischen Rauchgewohnheiten, die sich auf Basis der Mikrozensus-Zusatzbefragung zur Gesundheit differenziert betrachten lassen. Gemäß der Daten aus dem Jahr 2003 rauchten 32,5 % der Personen im erwerbsfähigen Alter. Von den Erwerbslosen raucht mit 48,9 % fast die Hälfte, von den Erwerbstätigen 34,6 % und von den Nichterwerbspersonen „nur“ 22,4 % (vgl. Kapitel 6). Frauen rauchen deutlich seltener als Männer (27,5 % gegenüber 37,5 %), jüngere Menschen häufiger als ältere (35,8 % der 15- bis 39-Jährigen gegenüber 29,6 % der 40- bis 65-Jährigen). Wie Abbildung 5.14 zeigt, ergeben sich als Extremgruppen somit die jüngeren männlichen Erwerbslosen mit einem Raucheranteil von 60,9 % und die älteren weiblichen Nichterwerbspersonen, die nur zu 18,4 % rauchen.

Abbildung 5.14**Anteil an Rauchern/Raucherinnen nach Beteiligung am Erwerbsleben**

Datenbasis: Mikrozensus 2003

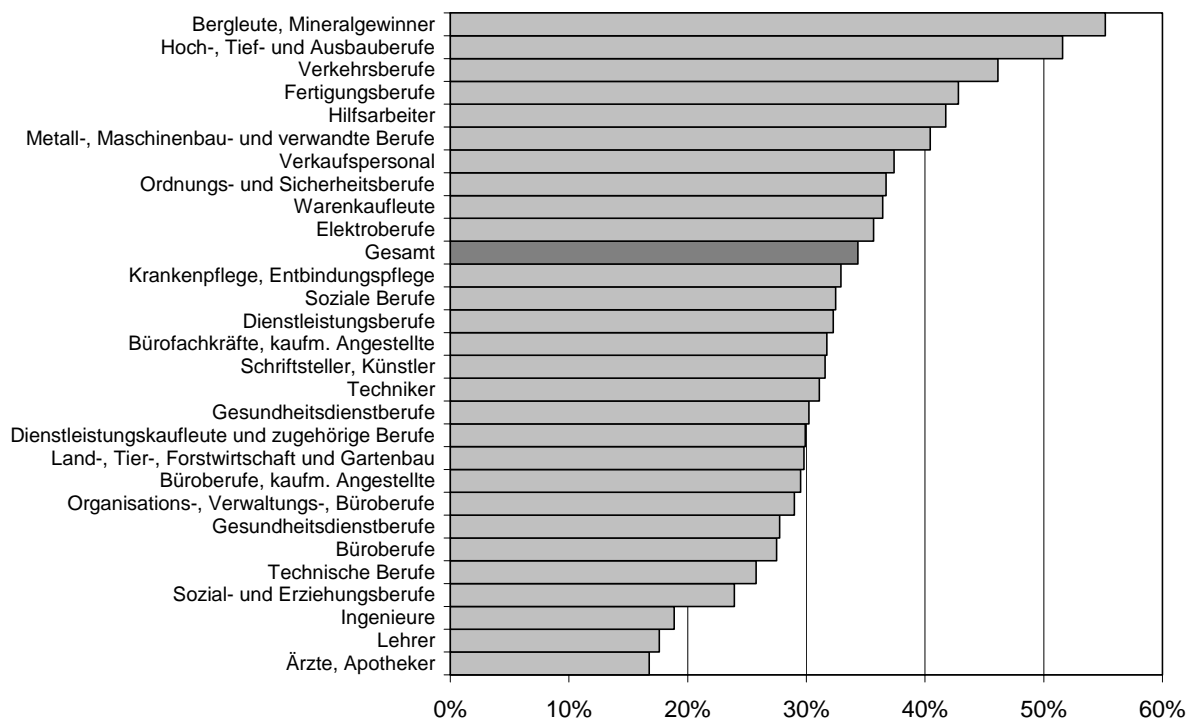


Neben der Beteiligung am Erwerbsleben ist das berufliche Umfeld eine wichtige Einflussgröße für das Rauchverhalten: Während im Bergbau, auf dem Bau und bei den Verkehrsberufen jeder/jede Zweite raucht, ist es bei den Lehrern, Ärzten und Apothekern sowie Ingenieuren lediglich jeder/jede Fünfte⁹. Insgesamt zeigt sich deutlich die Tendenz, dass Personen in akademischen Berufen weniger rauchen als die Beschäftigten in Berufen mit einem geringeren Sozialstatus (Abbildung 5.15). Diese prägende Wirkung auf das persönliche Lebensumfeld und die individuellen Verhaltensweisen ist aus gesundheitspolitischer Sicht von wesentlicher Bedeutung. Das berufliche Umfeld bietet für die Prävention im Sinne eines Settings vielerlei Ansatzpunkte für Erfolg versprechende Maßnahmen (Rosenbrock, Gerlinger 2004).

⁹ Angaben beziehen sich auf Männer und Frauen zusammen.

Abbildung 5.15**Anteil der Raucher/Raucherinnen in ausgewählten Berufsgruppen**

Datenbasis: Mikrozensus 2003

**5.6 Diskussion**

Die dargestellten Ergebnisse zum Thema Arbeit und Gesundheit machen deutlich: Zwischen der arbeitsweltlichen und der gesundheitlichen Situation besteht ein enger Zusammenhang. Die vorgestellten Untersuchungen belegen erhebliche Unterschiede entlang aller betrachteten Bereiche der Gesundheit – Morbidität, Krankheitsfolgen, Mortalität, subjektive Gesundheit und gesundheitsrelevantes Verhalten – in Abhängigkeit von der arbeitsweltlichen Situation. Dabei ist unter der arbeitsweltlichen Situation nicht nur die Stellung im Beruf oder die ausgeübte Tätigkeit zu verstehen. Ebenso spielen z.B. die Dauer und Lage der Arbeitszeit nachweislich eine Rolle für die Gesundheit.

Angesichts dieser Ergebnisse ist erstaunlich, dass der Zusammenhang zwischen Arbeitswelt und Gesundheit kaum im Fokus aktueller sozialer Ungleichheitsforschung steht. Zentrale Aspekte der gesundheitlichen Lage wurden zwar in die Programme der sozialwissenschaftlichen Erhebungen, wie z.B. Mikrozensus oder SOEP, aufgenommen. Die Berichte zu gesundheitsrelevanten Fragen, die bisher auf der Basis dieser bevölkerungsbezogenen Datenquellen erstellt wurden, gehen allerdings auf das Thema Arbeit als Einflussgröße der gesundheitlichen Lage nur unzureichend ein.

Der Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit ist ein zentraler Aspekt der auf Routinedaten basierenden Berichterstattung der Sozial- und Krankenversicherungen. Als „Outcome“ werden dabei aber nur Krankheitsfolgen, wie Arbeitsunfähigkeit, Berentung und Behinderung, betrachtet. Die Beschreibung der gesundheitlichen Situation der Versicherten fußt darauf, wie lange jemand krank geschrieben ist, wer eine Rente bekommt oder wessen Erkrankung als Berufskrankheit anerkannt wird. Für Beschreibungen zur gesundheitlichen Lage der Erwerbsbevölkerung sind diese Datenbestände nur eingeschränkt geeignet, da zu Themen wie subjektive Gesundheit und gesundheitsbezogenes Verhalten keine Aussagen getroffen werden können. Die Möglichkeiten der Analyse der Gesundheitsversorgung im Zusammenhang mit der Arbeitswelt, die sich gerade aus den Kassendaten ergeben, werden dennoch bisher nur unzureichend genutzt.

Hervorzuheben sind an dieser Stelle die Gesundheitssurveys, die von ihrer konzeptionellen Ausrichtung als Instrumente des Gesundheitsmonitorings die genannten Informationslücken schließen könnten. Ihr Vorteil liegt in der gleichzeitigen Erhebung sozialer und gesundheitlicher Merkmale. Allerdings erscheint mit Blick auf das Thema Arbeit und Gesundheit eine Erweiterung des Erhebungsprogramms um gesundheitsrelevante Merkmale der Arbeitswelt, z.B. Belastungen, Unfallgefahren, Umgebungseinflüsse oder soziale Interaktionen am Arbeitsplatz, wünschenswert. Mit einer longitudinalen Weiterentwicklung der Gesundheitssurveys würden sich zudem Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge erschließen und langfristige Auswirkungen der Arbeitswelt auf die Gesundheit analysieren lassen.

Literaturverzeichnis

- Badura B, Schellschmidt H, Vetter C (Hrsg.) (2004) Fehlzeiten-Report 2003. Springer, Berlin
- BKK Bundesverband (2005) BKK Gesundheitsreport 2004. BKK Bundesverband, Essen
- Blossfeld HP (1989) Kohortendifferenzierung und Karriereprozess. Eine Längsschnittstudie über die Veränderung der Bildungs- und Berufschancen im Lebensverlauf. Campus, Frankfurt/Main
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004a) Die gesetzliche Unfallversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 2003. Statistischer und finanzieller Bericht. BMGS, Bonn
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004b) Statistik der schwerbehinderten Menschen. Online-Angebot Gesundheitsberichterstattung des Bundes, <http://www.gbe-bund.de>
- Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2004) 10%-Statistik der gemeldeten Unfälle 2002. Datenauskunft BMWa, Berlin
- Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (Hrsg.) (2005) Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Bericht der Bundesregierung 2003. BMWa, Berlin
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen Hauptabteilung Wirtschaft und Statistik (Hrsg.) (2002) BKK-Statistik über die Arbeitsunfähigkeit 2000. Essen
- DAK Gesundheitsmanagement (Hrsg.) (2003) DAK Gesundheitsreport 2003. DAK, Hamburg
- DAK Gesundheitsmanagement (Hrsg.) (2004) DAK Gesundheitsreport 2004. DAK, Hamburg
- Elliehausen HJ, Donker L, Fritzsche A, Konerding J, Pavlovsky B, Schott S, Seidel D (2002) Stress und Arbeitsunfall. Die BG 12, S. 614-619
- Ganzeboom HBG, De Graaf PM, Treiman DJ, De Leeuw J. (1992) A Standard International Socio-Economic Index of Occupational Status. Social Science Research 21, pp. 1-56
- Helmert U (2000) Der Einfluss von Beruf und Familienstand auf die Frühsterblichkeit von männlichen Krankenversicherten. In Helmert et al. (Hrsg.) Müssen Arme früher sterben? Juventa, München, S. 243-268
- Hoffmeyer-Zlotnik JHP (1993) Operationalisierung von „Beruf“ als zentrale Variable zur Messung von sozio-ökonomischem Status. ZUMA-Nachrichten 32, S. 135-141
- Robert Koch-Institut (2002) Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Stand und Perspektiven. RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut (2003) Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13, RKI, Berlin
- Rosenbrock R, Gerlinger T (2004) Gesundheitspolitik. Hans Huber, Bern
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1992) Klassifizierung der Berufe - Systematisches und alphabetisches Verzeichnis der Berufsbenennungen - Ausgabe 1992. Metzler-Poeschel, Stuttgart

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998) Gesundheitsbericht für Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Metzler-Poeschel, Stuttgart

Statistisches Bundesamt (2004a) Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung. Online-Angebot: <http://www.destatis.de>

Statistisches Bundesamt (2004b) Leben und Arbeiten in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2003. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Treiman DJ (1977) Occupational Prestige in Comparative Perspective. New York

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (2003) VDR Statistik Rehabilitation 2002. Band 146, VDR, Frankfurt/Main

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (2004) VDR Statistik Rentenzugang 2003. Band 149, VDR, Frankfurt/Main

Voges W, Helmert U, Timm A, Müller R (2004) Soziale Einflussfaktoren von Morbidität und Mortalität. Sonderauswertung von Daten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) im Auftrag des Robert Koch-Institutes. Zentrum für Sozialpolitik, Bremen

Wegener B (1985) Gibt es Sozialprestige? Zeitschrift für Soziologie, Heft 3, S. 209-235

Zok K (2004) Einstellungen und Verhalten bei Krankheit im Arbeitsalltag - Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage bei Arbeitnehmern. In: Badura B, Schellschmidt H, Vetter C (Hrsg.) Fehlzeiten-Report 2003. Springer, Berlin, S. 243-261

6 Folgen der Arbeitslosigkeit für die Gesundheit

Arbeitslosigkeit ist nach wie vor ein zentrales Thema der öffentlichen und politischen Diskussion in Deutschland. Seit den 70er Jahren ist die Arbeitslosigkeit sukzessive angestiegen, mitbestimmt durch die Ölpreisschocks in den Jahren 1973 und 1981, die Anfang der 90er Jahre einsetzende Rezession und die wirtschaftlichen Probleme im Zuge der Wiedervereinigung. Vor Einführung des SGB II („Hartz IV“) wurde der Höchststand an arbeitslos gemeldeten Personen im Februar 2003 mit 4,7 Millionen erreicht. Mit dem SGB II wurden Arbeitslosenunterstützung und Sozialhilfe zusammengelegt, wodurch die Zahl der arbeitslos gemeldeten Personen deutlich anstieg. Von den im Februar 2005 gemeldeten 5,2 Millionen Arbeitslosen sind nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit 394.000 auf Veranlassung des Sozialhilfeträgers in die Arbeitslosenstatistik aufgenommen worden (BA 2005). Damit beläuft sich die Arbeitslosenquote gegenwärtig auf 12,6 %. In den neuen Bundesländern und auch einigen westdeutschen Regionen und Städten liegt sie bei über 20 %. Vor dem Hintergrund der Zunahme diskontinuierlich verlaufender, durch Arbeitslosigkeitsepisoden unterbrochener Berufsbiographien stellt sich aus sozial- wie gesundheitspolitischer Perspektive die Frage nach den Konsequenzen für die Gesundheit der Betroffenen und nach den davon abzuleitenden politischen Handlungsnotwendigkeiten.

Dass Gesundheitsrisiken und Gesundheitsprobleme bei Arbeitslosen vermehrt auftreten, wird durch zahlreiche nationale wie internationale Forschungsarbeiten belegt und nicht nur mit den materiellen Folgen, sondern auch mit psychosozialen Belastungen und dem Verlust latenter Funktionen, z.B. der Bedeutung der Arbeit für das Selbstwertgefühl und die soziale Einbindung, erklärt (Elkeles 2001; Kieselbach 2000; Claussen, Bertran 1999). Die meisten Studien beschränken sich allerdings auf einzelne Aspekte des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit, bestimmte Bevölkerungsgruppen, z.B. Jugendliche bzw. junge Erwachsene, oder weisen lediglich einen räumlich begrenzten Bezug auf. Um bei der Planung und Durchführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen die Belange von Arbeitslosen berücksichtigen zu können, sind hingegen umfassende Auswertungen auf Basis repräsentativer Daten erforderlich.

Bislang wurde hierzu vor allem auf sozialwissenschaftliche Umfragen wie den Mikrozensus und das Sozio-oekonomische Panel zurückgegriffen. Mit Etablierung der Routinephase der Gesundheitsberichterstattung des Bundes im Jahr 1998 und den im selben Jahr vom Robert Koch-Institut durchgeführten Bundes-Gesundheitssurvey wurde eine breitere Informationsgrundlage geschaffen, die bereits für Beschreibungen und Analysen der gesundheitlichen Situation von Arbeitslosen genutzt wurde (Statistisches Bundesamt 1998; RKI 2003). Auch

der im Jahr 2003 durchgeführte telefonische Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts kann für Analysen herangezogen werden. Weiteren Aufschluss geben die Datenbestände der Krankenkassen, die zunehmend für die wissenschaftliche Forschung und Gesundheitsberichterstattung geöffnet werden. Insbesondere die Daten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) erlauben differenzierte Auswertungen zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit (Hollederer 2002; RKI 2003).

Im Folgenden werden die im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes vorgelegten Berichte zur gesundheitlichen Situation von Arbeitslosen unter Berücksichtigung der Erfordernisse der Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung aufbereitet und durch aktuelle, bislang nicht publizierte Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 ergänzt. Ein besonderes Augenmerk richtet sich dabei auf die Langzeitarbeitslosen, die wahrscheinlich nicht nur in Bezug auf ihre soziale Lage am stärksten benachteiligt sind, sondern auch das größte Gesundheitsrisiko tragen.

6.1 Definition und Operationalisierung von Arbeitslosigkeit

Die Erfassung von Arbeitslosigkeit in bevölkerungsbezogenen Studien ist mit der Schwierigkeit verbunden, dass sich die offiziellen, den amtlichen Statistiken zugrunde liegenden Definitionen nicht umfassend umsetzen lassen. Die Bundesanstalt für Arbeit registriert als Arbeitslose im Sinne des § 16 SGB III Arbeitssuchende bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres, die nicht oder mit weniger als 15 Stunden wöchentlich in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, sofort eine Arbeit aufnehmen könnten und sich persönlich arbeitslos gemeldet haben. Nicht als arbeitslos gelten Schüler/Schülerinnen, Studenten/Studentinnen sowie Teilnehmer/Teilnehmerinnen an Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung. Das Statistische Bundesamt hingegen spricht in Anlehnung an das international gebräuchliche „Labor-Force“-Konzept nicht von Arbeitslosigkeit sondern von Erwerbslosigkeit und bezieht diese auf alle über 15-jährige Personen ohne jedes Arbeitsverhältnis, die – unabhängig von der Meldung beim Arbeitsamt – aktiv eine Arbeitsstelle suchen und innerhalb eines Zeitraums von zwei Wochen die Arbeit aufnehmen könnten.

Während im Mikrozensus die Definition des Statistischen Bundesamtes umgesetzt wird, wird in anderen Bevölkerungsstudien oftmals nur erhoben, ob die Befragten beim Arbeitsamt als arbeitslos gemeldet sind. Sofern Informationen zur wöchentlichen Arbeitszeit verfügbar sind, lässt sich eine Abgrenzung in Annäherung an die Definition der Bundesanstalt für Arbeit vornehmen. Dieser Ausgangspunkt wird im Folgenden für die Auswertungen des Bundes-

Gesundheitssurveys 1998 und der Routinedaten der Gmünder Ersatzkasse gewählt. Den Analysen auf Basis des telefonischen Gesundheitssurvey 2003 liegt eine Selbsteinschätzung der Befragten zugrunde. Als arbeitslos werden alle Befragten erachtet, die – unabhängig von der Meldung beim Arbeitsamt – angaben, arbeitslos zu sein. Ausgeschlossen wurden allerdings Personen, die mehr als 15 Stunden in der Woche in einem Beschäftigungsverhältnis standen, bereits pensioniert oder noch in der Ausbildung waren.

Die Auswertungen aller Datensätze sind auf die Altersspanne 20-59 Jahre begrenzt und laufen in den meisten Fällen auf einen Vergleich zwischen drei Gruppen hinaus: Erwerbstätige (mit einer Wochenarbeitszeit von mindestens 15 Stunden), kurzzeitig Arbeitslose (< 1 Jahr) und Langzeitarbeitslose (\geq 1 Jahr). Bisweilen wird bei Arbeitslosen danach unterschieden, ob sie vor Eintritt der Arbeitslosigkeit Haupt- oder Nebenverdiener bzw. Haupt- oder Nebenverdienerinnen waren, da angenommen werden kann, dass Hauptverdiener bzw. Hauptverdienerinnen größere finanzielle Einbußen hinnehmen müssen, was sich auch in der gesundheitlichen Situation widerspiegeln könnte. Bei Frauen werden bei einzelnen Auswertungen zusätzlich die Hausfrauen betrachtet, deren Lebenssituation sich sowohl von der erwerbstätiger als auch arbeitsloser Frauen unterscheidet.

6.2 Auswirkungen auf gesundheitsrelevante Lebensbedingungen und Teilhabechancen

Arbeitslosigkeit ist mit konkret fassbaren materiellen Einschränkungen verbunden. Im Jahr 2003 lag die Armutsrisikoquote bei Arbeitslosen mit 40,9 % deutlich über den Quoten von z.B. Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen (7,1 %), Selbstständigen (9,3 %) oder Rentnern/Rentnerinnen und Pensionären/Pensionärinnen (11,8 %). Damit hat das Armutsrisiko von Arbeitslosen innerhalb der letzten fünf Jahre noch einmal deutlich zugenommen (1998: 33,1 %), während in den anderen Gruppen ein vergleichsweise geringer Anstieg (Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen) oder sogar ein Rückgang (Selbstständige, Rentner/Rentnerinnen und Pensionäre/Pensionärinnen) zu beobachten ist (BMGS 2005). Ein Teil der Einkommensnachteile dürfte allerdings bereits vor Eintritt der Arbeitslosigkeit bestanden haben. So lässt sich anhand von Daten des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 zeigen, dass vormals als ungelernte oder angelernte Arbeiter/Arbeiterinnen tätige Personen unter den aktuell Arbeitslosen mit einem Anteil von 22 % gegenüber 7 % bei den Erwerbstätigen deutlich überrepräsentiert sind. Außerdem haben die Arbeitslosen häufiger lediglich einen niedrigen Schulabschluss (nur Volksschul- oder Hauptschulabschluss: 38 % bei Arbeitslosen und 23 % bei Erwerbstätigen) und keinen berufsqualifizierenden Abschluss (14 % bei Arbeitslosen und 5 % bei Erwerbstätigen) aufzuweisen.

Arbeitslose haben auch Nachteile in Bezug auf die Wohnsituation. Im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 gaben 8,7 % der Arbeitslosen, aber nur 4,5 % der Erwerbstätigen an, noch eine dezentrale Kohle- oder Holzbeheizung zu haben. Über Lärmbelastungen in der Wohnung berichteten 45 % der Arbeitslosen gegenüber 37 % der Erwerbstätigen. 34 % der Arbeitslosen und 22 % der Erwerbstätigen wohnten an einer stark befahrenen Haupt- oder Durchgangsstraße.

Die mit der Arbeitslosigkeit verbundenen sozialen Nachteile schlagen sich in einer geringeren Lebenszufriedenheit nieder. Zu den von Arbeitslosen schlechter eingestuften Aspekten zählen bei Männern neben der finanziellen Lage auch die familiäre Situation und Beziehungen zu Freunden und Bekannten: 12 % der arbeitslosen Männer geben an, maximal eine Person zu kennen, auf die sie sich im Notfall verlassen könnten; unter Erwerbstätigen sind es lediglich 5 %. Bei Frauen sind die Unterschiede in der Zufriedenheit mit der sozialen Integration statistisch nicht bedeutsam (RKI 2003).

6.3 Gesundheitliche Situation arbeitsloser Frauen und Männer

Analysen zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit sind mit dem Problem behaftet, dass zumeist keine Aussagen über die Verursachung möglich sind. Die einschneidenden Veränderungen in die Lebensbedingungen und Teilhabechancen legen zwar nahe, dass Arbeitslosigkeit gesundheitliche Beeinträchtigungen hervorruft oder den Verlauf bereits bestehender Krankheiten und Gesundheitsstörungen beschleunigt. Gleichzeitig finden sich aber Hinweise darauf, dass gesundheitlich eingeschränkte Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen u.a. aufgrund betrieblicher Entlassungs- und Einstellungspraktiken schlechtere Chancen auf dem Arbeitsmarkt haben und häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen sind. Aufschluss über die Kausalität des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit können einzig Längsschnittstudien geben, an denen es nicht nur in Deutschland mangelt. Angesichts der vorhandenen Erkenntnisse muss von einer komplexen Verursachungskette ausgegangen werden, mit einer wechselseitigen Verstärkung von Arbeitslosigkeit und beeinträchtigter Gesundheit. Unabhängig von jedweder Kausalität deutet aber allein die Kumulation von gesundheitlichen Problemen bei Arbeitslosen auf ein gesundheitspolitisches Handlungsproblem hin, das vor dem Hintergrund steigender Arbeitslosenzahlen noch an Bedeutung gewinnt. Im Folgenden wird die gesundheitliche Situation arbeitsloser Männer und Frauen in Bezug auf die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes, das Vorkommen von Krankheiten und Beschwerden, die Inanspruchnahme des Versorgungssystems, das Gesundheitsverhalten und die Mortalität beschrieben.

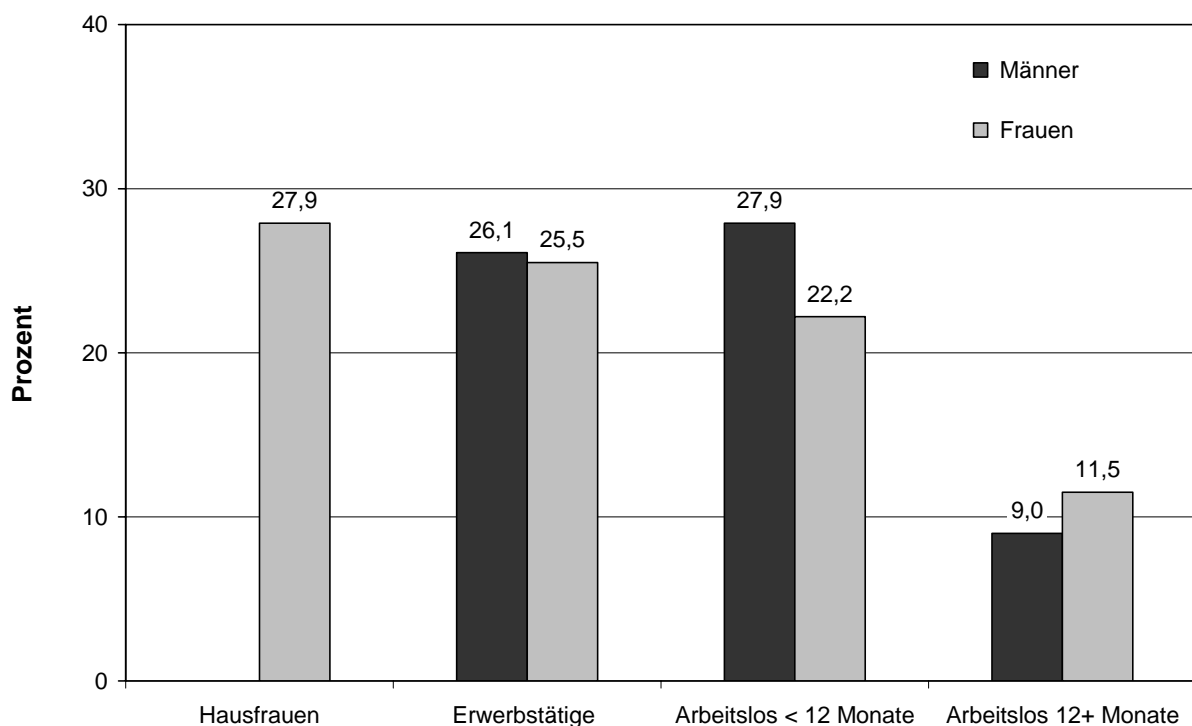
Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes

Anhand der Daten des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 lässt sich unter anderem zeigen, dass Arbeitslose und insbesondere Langzeitarbeitslose ihren **allgemeinen Gesundheitszustand** schlechter einschätzen. Männer, die seit mindestens einem Jahr arbeitslos sind, beschreiben ihre eigene Gesundheit nur zu 9 % als sehr gut, während mehr als ein Viertel der erwerbstätigen und der kurzzeitig arbeitslosen Männer zu dieser Einschätzung gelangen. Auch langzeitarbeitslose Frauen beurteilen ihre Gesundheit weitaus schlechter, wobei dieser Unterschied auch gegenüber Hausfrauen zum Ausdruck kommt. Kontrolliert man für die unterschiedliche Altersstruktur in den Vergleichsgruppen, dann beträgt das Verhältnis eines sehr guten Gesundheitsurteils zwischen Langzeitarbeitslosen und Erwerbstätigen bei Männern 1:3 und bei Frauen 1:2 (Abbildung 6.1).

Abbildung 6.1

Sehr gute Einschätzung der allgemeinen Gesundheit in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003



Anhand von Daten des Bundes-Gesundheitssurvey 1998 lässt sich zudem zeigen, dass bei Männern die Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und allgemeiner Gesundheit mit der Haushaltssituation differieren: Die gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit kommen bei Hauptverdienern stärker zum Tragen als bei Nebenverdienern, und zwar auch schon bei einer Arbeitslosigkeitsdauer unter einem Jahr. Außerdem weisen aktuell erwerbs-

tätige Männer, die in den letzten fünf Jahren längere Zeit arbeitslos gewesen sind, häufiger gesundheitliche Beeinträchtigungen auf als Männer, die durchgehend einer Erwerbsarbeit nachgingen (RKI 2003).

Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 gab mehr als die Hälfte der langzeitarbeitslosen Männer an, in den zurückliegenden sechs Monaten durch ihre gesundheitliche Verfassung in der Alltagsgestaltung beeinträchtigt gewesen zu sein, während dies lediglich von einem Viertel der kurzzeitig arbeitslosen und erwerbstätigen Männer ausgesagt wurde. Bei Frauen unterscheidet sich dieses Zusammenhangsmuster insofern, dass die Kurzzeitarbeitslosen sogar noch häufiger als die Langzeitarbeitslosen von **gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltagsleben** betroffen waren (Tabelle 6.1).

Tabelle 6.1

Gesundheitsbedingte Einschränkung im Alltag in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

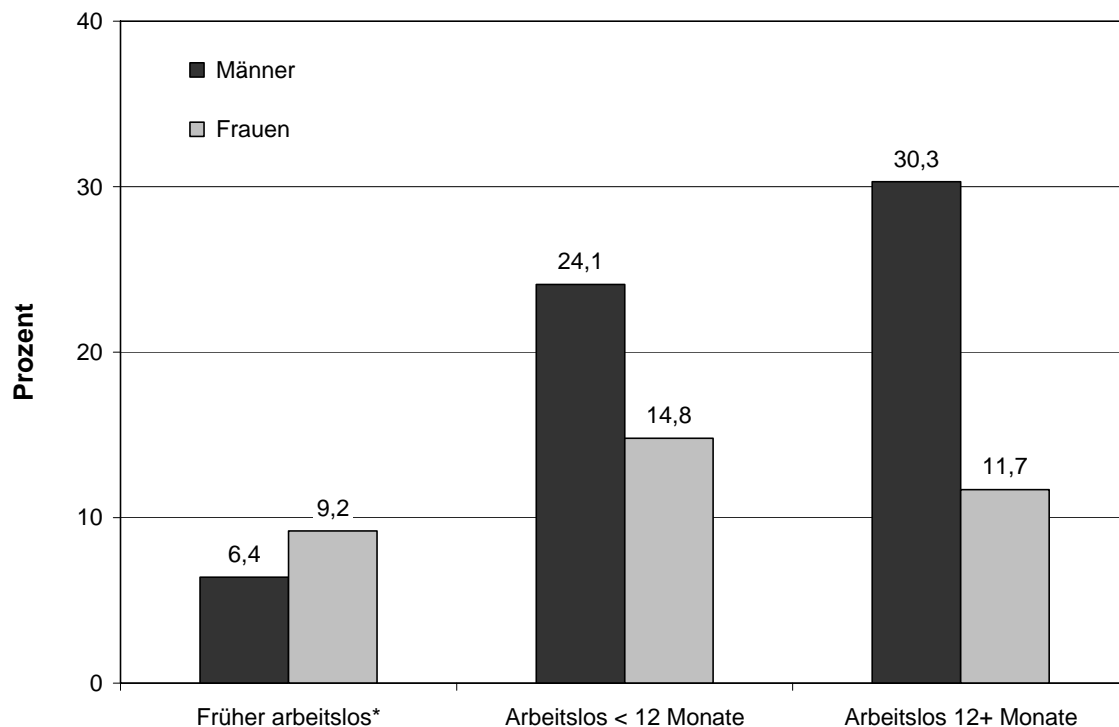
	Männer			Frauen		
	%	OR	95 %-KI	%	OR	95 %-KI
Hausfrauen	--	--	--	33,4	1,41	1,13-1,76
Erwerbstätige	25,5	Ref.	--	26,2	Ref.	--
Arbeitslose (<12 Monate)	24,4	1,03	0,63-1,70	50,0	2,99	1,79-4,99
Arbeitslose (≥ 12 Monate)	52,0	3,04	1,93-4,81	40,5	1,71	1,07-2,73

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref.=Referenzkategorie

Um Hinweise auf die Kausalrichtung der Beziehung zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit zu erhalten, wurden Personen, die angaben, arbeitslos zu sein, im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 danach gefragt, ob die Arbeitslosigkeit etwas mit einer Erkrankung zu tun hat und ob sich die Gesundheit durch die Arbeitslosigkeit verändert hat. Von den aktuell arbeitslosen Männern gab jeder Vierte und von den Langzeitarbeitslosen sogar jeder Dritte an, dass Einschränkungen der Gesundheit mit ein Grund für die Arbeitslosigkeit sind. Frühere Arbeitslosigkeitserfahrungen werden hingegen nur selten mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Verbindung gebracht. Frauen geben im Vergleich zu Männern deutlich seltener gesundheitliche Gründe für die Arbeitslosigkeit an (Abbildung 6.2).

Abbildung 6.2**Angabe einer Erkrankung als Grund für die Arbeitslosigkeit in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen**

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003



*Gegenwärtig nicht arbeitslos, aber innerhalb der letzten 5 Jahre mindestens 12 Monate arbeitslos gewesen.

Eine signifikante Verschlechterung der Gesundheit infolge der Arbeitslosigkeit wird vor allem von Frauen und Männern berichtet, die seit mehr als einem Jahr arbeitslos sind. Anders als bei Männern schlägt sich bei Frauen offenbar auch eine kurzzeitige Arbeitslosigkeit in der Gesundheit nieder. Wenngleich diese Ergebnisse keine zufrieden stellende Antwort auf die Frage nach der Kausalität der Einflussbeziehung zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit geben, so verdeutlichen sie doch, dass beide Wirkungsrichtungen beachtet werden sollten.

Krankheiten und Beschwerden

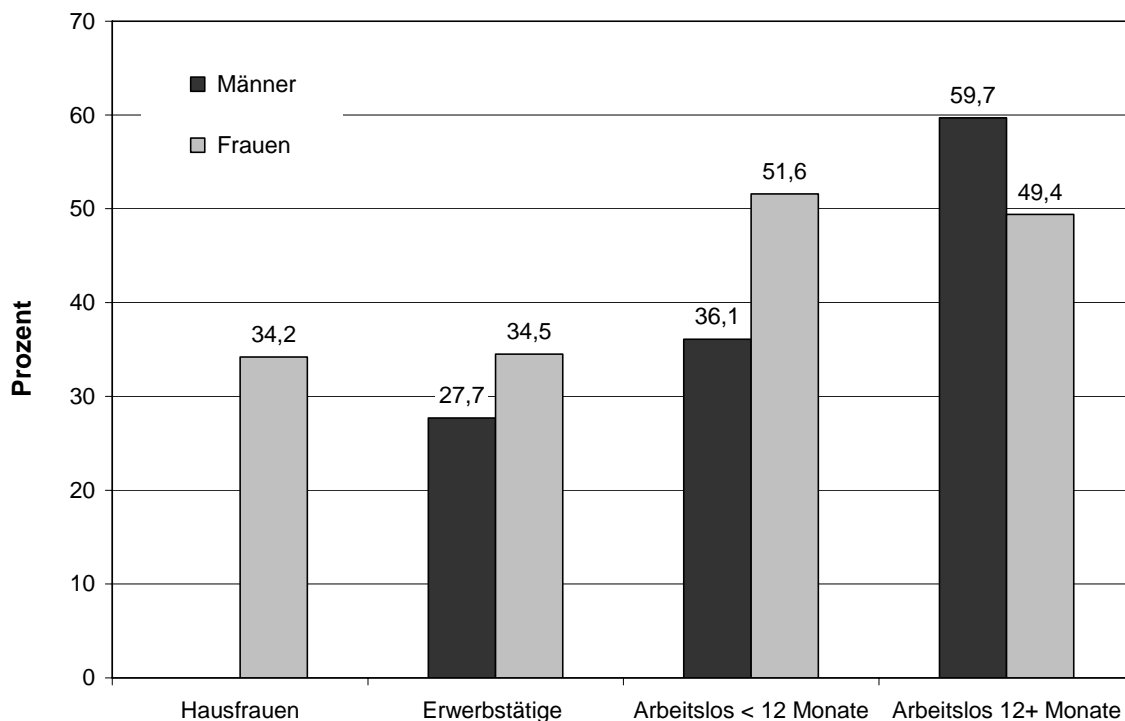
In der alle vier Jahre durchgeführten Mikrozensus-Zusatzerhebung zur Gesundheit werden die Teilnehmer/Teilnehmerinnen u.a. nach vorliegenden **Krankheiten oder Unfallverletzungen** gefragt. Im Jahr 1999 gaben 14,3 % der 40- bis 65-jährigen Erwerbslosen an, derzeit krank oder unfallverletzt zu sein, gegenüber 8,4 % der gleichaltrigen Erwerbstätigen (Dittrich 2001). Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 wurden die Befragten um Auskunft darüber gebeten, ob sie gegenwärtig von einer länger andauernden bzw. wiederkehrenden Krankheit oder Gesundheitsstörung betroffen sind. Berücksichtigt werden damit auch Be-

schwerden und Schmerzen, die unabhängig von einer Diagnose von den Befragten als beeinträchtigend angesehen werden. Bei den 20- bis 59-Jährigen bejahten fast 60 % der langzeitarbeitslosen Männer diese Frage, während die entsprechenden Anteile bei den kurzzeitig Arbeitslosen 36 % und bei den Erwerbstätigen 28 % betragen. Bei Frauen zeigt sich erneut, dass die kurzzeitig Arbeitslosen ebenso häufig wie die Langzeitarbeitslosen und beide Gruppen weitaus häufiger als die Erwerbstätigen und Hausfrauen in ihrer Gesundheit eingeschränkt sind (Abbildung 6.3).

Abbildung 6.3

Länger andauernde Krankheit oder Gesundheitsstörung in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003



Aussagen über die ungleiche **Verteilung von spezifischen Krankheiten** sind auf Basis der in Deutschland durchgeführten Gesundheitssurveys, an denen zuletzt zwischen 7.000 und knapp über 8.000 Personen teilgenommen haben, nur eingeschränkt möglich. Gerade zu im Todesursachenspektrum vorherrschenden Krankheiten wie Herzinfarkt, Schlaganfall oder bösartige Neubildungen lassen sich für die hier betrachtete Altersspanne von 20 bis 59 Jahre keine zuverlässigen Angaben machen, weil sie erst im höheren Lebensalter verstärkt auftreten. Von den im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 erfassten Krankheiten und Beschwerden, die bereits in der Bevölkerung im Erwerbsalter weit verbreitet sind, kommen Hypertonie, chronische Bronchitis, Arthrose, Rückenschmerzen, Schwindel und Depression bei arbeitslosen Männern und Frauen häufiger vor als bei erwerbstätigen, während sich im Hin-

blick auf Asthma bronchiale und erhöhte Cholesterinwerte keine signifikanten Unterschiede beobachten lassen (Tabellen 6.2 und 6.3).

Im Bundes-Gesundheitssurvey 1998, in dem eine umfassendere Krankheits- und Beschwerdenliste erhoben wurde, zeigten sich bei Männern außerdem Unterschiede im Auftreten von Durchblutungsstörungen des Gehirns mit Lähmungen oder Gefühlsstörungen, Durchblutungsstörungen der Beine, Leberzirrhose, Epilepsie, psychische Störungen sowie Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen. Von arbeitslosen Frauen werden einzig Durchblutungsstörungen der Beine signifikant häufiger angegeben (RKI 2003).

Tabelle 6.2**Verbreitung von chronischen Krankheiten und Beschwerden bei arbeitslosen und erwerbstätigen Männern**

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

	Erwerbstätige (Ref.)		Arbeitslose (<12Monate)			Arbeitslose (12+ Monate)		
	%	OR	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Chronische Bronchitis	5,6	1,00	9,2	1,31	0,58-3,00	17,0	3,41	1,83-6,35
Asthma Bronchiale	4,8	1,00	9,2	1,36	0,57-3,28	9,0	1,98	0,87-4,53
Arthrose	11,3	1,00	16,0	1,54	0,81-2,95	21,3	2,14	1,22-3,76
Chronischer Rückenschmerz	21,0	1,00	28,6	1,52	0,93-2,50	33,7	1,90	1,17-3,07
Schwindel	18,2	1,00	32,7	2,19	1,38-3,48	35,2	2,47	1,52-3,99
Hypertonie	20,3	1,00	25,8	1,51	0,90-2,55	37,5	1,89	1,15-3,10
Depression	10,5	1,00	20,0	2,32	1,34-4,00	25,3	3,36	2,00-5,64
Hypercholesterolämie	27,0	1,00	28,9	1,17	0,68-1,99	28,7	1,10	0,66-1,85
Herzrhythmusstörungen	6,7	1,00	9,5	1,88	0,90-3,91	8,0	1,22	0,53-2,85

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref.=Referenzkategorie

Tabelle 6.3**Verbreitung von chronischen Krankheiten und Beschwerden bei arbeitslosen Frauen, erwerbstätigen Frauen und Hausfrauen**

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

	Erwerbstätige (Ref.)		Hausfrauen			Arbeitslose (<12 Monate)			Arbeitslose (12+ Monate)		
	%	OR	%	OR	95 %-KI	%	OR	95 %-KI	%	OR	95 %-KI
Chronische Bronchitis	8,0	1,00	10,5	1,48	1,06-2,07	11,6	1,46	0,65-3,27	12,2	1,66	0,84-3,28
Asthma Bronchiale	5,8	1,00	7,3	1,36	0,91-2,01	13,2	2,35	1,09-5,07	4,9	1,03	0,38-2,77
Arthrose	12,1	1,00	17,9	1,29	0,93-1,78	23,2	2,11	1,04-4,27	23,5	1,46	0,80-2,65
Chronischer Rückenschmerz	26,5	1,00	29,0	1,16	0,93-1,46	44,1	2,27	1,36-3,80	40,2	1,71	1,06-2,74
Schwindel	33,2	1,00	32,3	1,00	0,81-1,25	50,0	2,05	1,24-2,33	42,7	1,46	0,91-2,33
Hypertonie	16,6	1,00	24,6	1,30	0,99-1,70	27,9	1,97	1,07-3,64	34,9	2,16	1,31-3,58
Depression	17,8	1,00	20,3	1,01	0,77-1,31	36,8	2,77	1,62-4,72	38,8	2,74	1,69-4,44
Hypercholesterolämie	18,4	1,00	13,0	0,95	0,72-1,26	32,4	2,05	1,13-3,72	32,5	1,68	1,01-2,80
Herzrhythmusstörungen	9,2	1,00	11,2	1,08	0,76-1,55	11,8	1,64	0,77-3,51	19,8	2,14	1,18-3,87

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref.=Referenzkategorie

Inanspruchnahme des Versorgungssystems

Der höheren gesundheitlichen Belastung von Arbeitslosen korrespondiert eine verstärkte Inanspruchnahme der ambulanten und stationären Versorgung. Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 belegt für arbeitslose Männer im Durchschnitt 9,8 Kontakte zu einem **niedergelassenen Arzt** gegenüber 7,1 Kontakten bei erwerbstätigen Männern. Frauen nehmen häufiger als Männer einen Arzt in Anspruch, aber auch bei ihnen zeigen sich – wenn auch geringere – Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen (12,7 gegenüber 11,0 Arztkontakte). Noch deutlicher kommen die Unterschiede in der Gruppe der Personen zum Ausdruck, die im vorausgegangenen Jahr 12-mal oder häufiger ambulante ärztliche Dienste in Anspruch genommen haben (Männer: 26 % bei Arbeitslosen vs. 14 % bei Erwerbstätigen; Frauen: 37 % vs. 27 %) (RKI 2003).

Differenzierte Aussagen über die Inanspruchnahme **stationärer Versorgung** sind vor allem auf der Basis von Krankenkassendaten möglich – trotz der eingeschränkten Repräsentativität von Versichertenstichproben (zum Problem der Repräsentativität vgl. Kapitel 2). So registrierte die Gmünder Ersatzkasse (GEK) im Jahr 2000 bei Arbeitslosen mehr Krankenhaustage im Vergleich zu Erwerbstätigen (Männer: 2.257 Tage bei Arbeitslosen vs. 963 Tagen bei Erwerbstätigen je 1.000 Versicherungsjahre; Frauen: 2.162 vs. 1.263 Tage je 1.000 Versicherungsjahre).¹ Das entspricht einem Verhältnis von 2,3:1 bei Männern und 1,7:1 bei Frauen. Noch deutlichere Unterschiede treten zutage, wenn die Krankenhausverweildauern auf einzelne Diagnosen oder Diagnosegruppen bezogen werden. Für die meisten in den Abbildungen 6.4 und 6.5 ausgewiesenen Diagnosekapitel der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD 10), auf die insgesamt 99 % aller von der GEK registrierten Krankenhaustage entfallen, werden bei Arbeitslosen längere Krankenhausverweildauern berichtet als für Erwerbstätige.

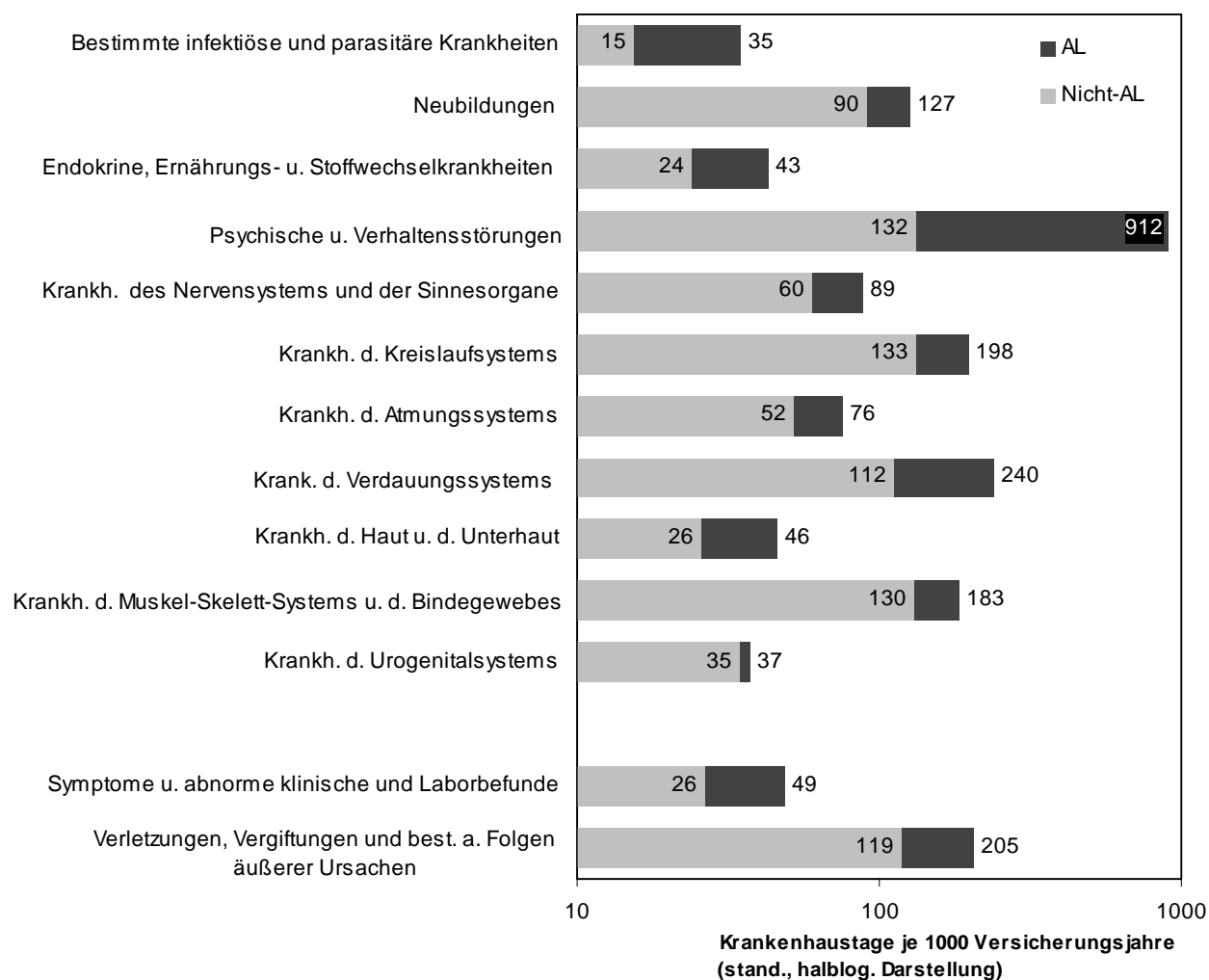
¹ Da Versicherte innerhalb eines Jahres ihren Versichertenstatus oder die Mitgliedschaft in einer Kasse wechseln können, beziehen sich die Angaben nicht auf Versicherte, sondern auf Versicherungszeiten. Die Angabe einer Inanspruchnahme je 1.000 Versicherungsjahre entspricht der Inanspruchnahme, die bei 1.000 durchgängig versicherten Personen zu erwarten wäre. Dabei wird eine Altersstandardisierung vorgenommen, d.h. eine gleiche Altersstruktur in den Vergleichsgruppen zugrunde gelegt.

Besonders gilt dies bei psychischen und Verhaltensstörungen: Arbeitslose Männer verbringen nahezu siebenmal mehr Tage mit einer entsprechenden Diagnose im Krankenhaus zu als erwerbstätige Männer; bei Frauen beträgt das Verhältnis 3:1. Deutliche Unterschiede in der Krankenhausverweildauer finden sich zudem bei Infektionserkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Krankheiten der Verdauungsorgane, Verletzungen und Vergiftungen und bei Frauen auch in Bezug auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.²

Abbildung 6.4

Krankenhaustage bei arbeitslosen und erwerbstätigen Männern nach ICD 10-Diagnosekapiteln

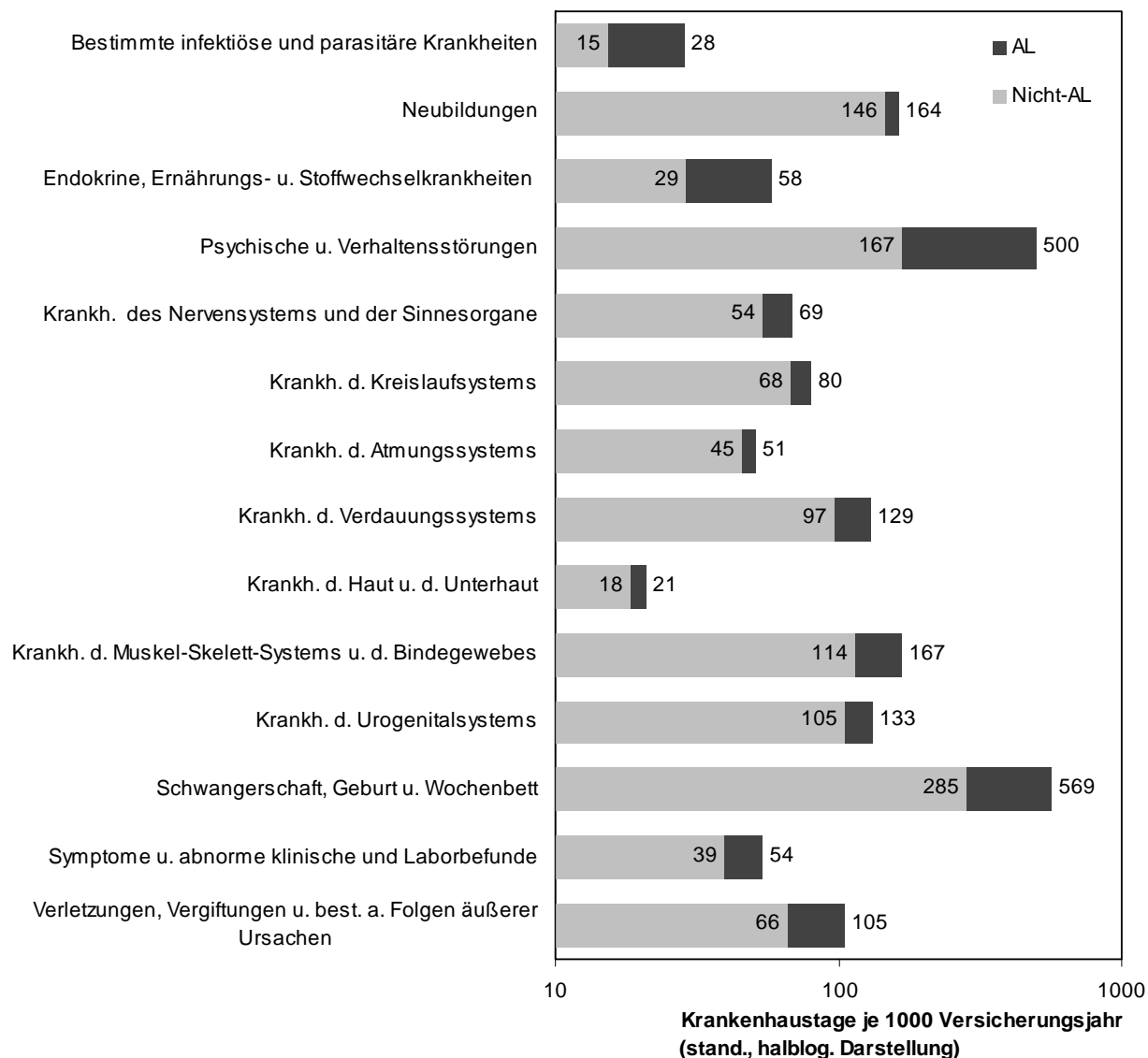
Datenbasis: Gmünder Ersatzkasse 2000 (RKI 2003)



² Bei den längeren Krankenhausverweildauern von Arbeitslosen gegenüber Erwerbstätigen ist zu beachten, dass auch unter den Arbeitslosen nur ein relativ geringer Anteil aus Krankheitsgründen versorgt werden muss. So wurden im Jahr 2002 trotz des deutlich häufigeren relativen Vorkommens weniger als 3 % der bei der GEK versicherten arbeitslosen Männer wegen psychischen Störungen behandelt.

Abbildung 6.5**Krankenhaustage bei arbeitslosen und erwerbstätigen Frauen nach ICD 10-Diagnosekapiteln**

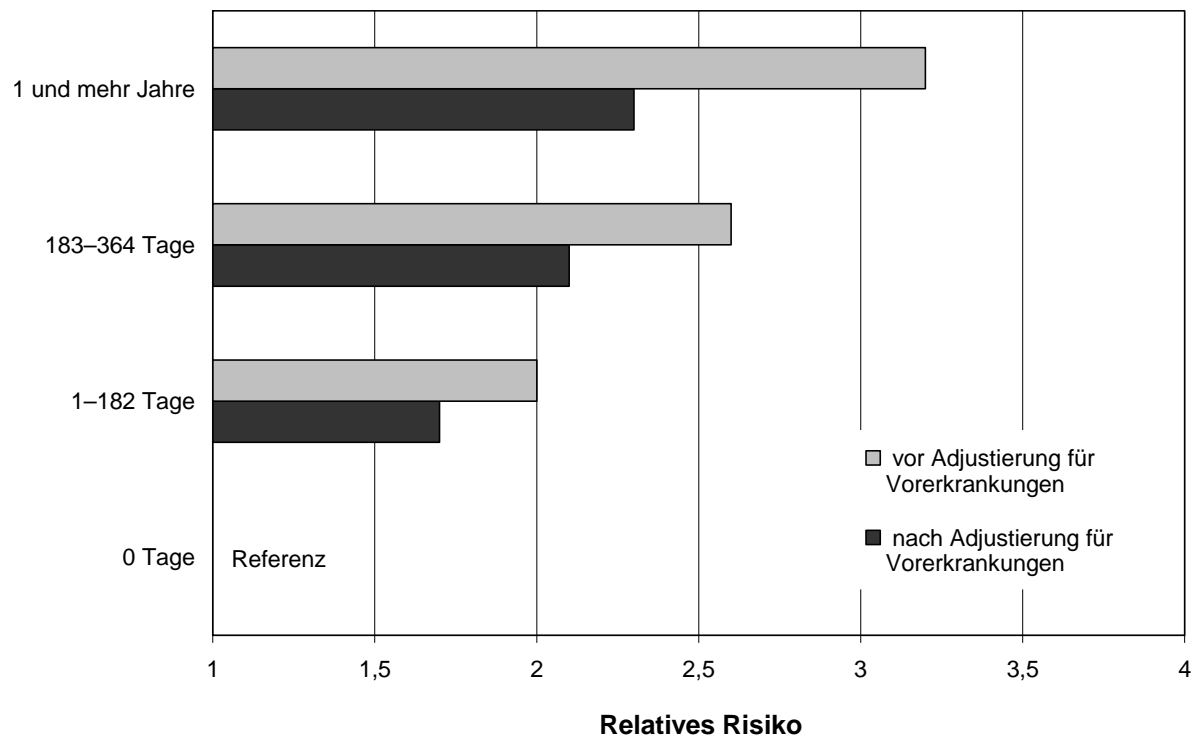
Datenbasis: Gmünder Ersatzkasse 2000 (RKI 2003)



Anhand der GEK-Daten lässt sich die Krankenhausverweildauer auch unter Berücksichtigung von Vorerkrankungen analysieren. In Abbildung 6.6 ist das Risiko eines längerfristigen Krankenhausaufenthaltes (insgesamt drei oder mehr Wochen innerhalb der Jahre 1998 bis 2000) in Abhängigkeit von der Dauer der Arbeitslosigkeit dargestellt. Demnach unterliegen Versicherte, die im Beobachtungszeitraum ein Jahr oder länger arbeitslos gewesen sind einem mehr als dreifach erhöhtem Risiko für eine längere Krankenhausbehandlung im Vergleich zu den durchgängig erwerbstätig Versicherten. Werden Einflüsse von Vorerkrankungen in den Jahren 1995 bis 1997 mit berücksichtigt, dann ist das relative Risiko noch um den Faktor 2,3 erhöht. Dass sich das relative Risiko lediglich partiell reduziert, kann als Hinweis auf einen eigenständigen, kausalen Effekt der Arbeitslosigkeit gedeutet werden.

Abbildung 6.6**Relatives Risiko für längerfristige Krankenhausaufenthalte (drei oder mehr Wochen) im Zeitraum 1998-2000 nach Arbeitslosigkeitsdauer**

Datenbasis: Gmünder Ersatzkasse 2000 (RKI 2003)



Darüber hinaus lässt sich mit den GEK-Daten ein deutlich erhöhtes Risiko für Arbeitslosigkeit in Abhängigkeit von Dauer und Art der erfassten Krankschreibungen belegen. So waren beispielsweise Männer mit 6 bis unter 12 Wochen Krankschreibungsdauer innerhalb der Jahre 1995 bis 1997 im Vergleich zu in diesem Zeitraum durchgängig nicht krankgeschriebenen Männern zweimal häufiger in den Folgejahren 1998 bis 2000 ein halbes Jahr oder länger arbeitslos (RKI 2003).

Gesundheitsverhalten

Ein wichtiger Grund für das verstärkte Auftreten von Krankheiten und Beschwerden sowie größeren Versorgungsbedarf bei Arbeitslosen dürfte ein gesundheitsriskanteres Verhalten sein. Die verfügbaren Datengrundlagen erlauben unter anderem Aussagen über den Tabak- und Alkoholkonsum, die Ernährung und Übergewicht sowie die körperliche Aktivität. Besonders gravierende Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen treten beim **Tabakkonsum** zutage. Im Mikrozensus 1999 wird für Erwerbslose über alle Altersgruppen hinweg eine erhöhte Raucherquote berichtet mit den größten Unterschieden bei den 25- bis 34-jährigen Männern: In dieser Altersgruppe rauchen fast zwei Drittel der Erwerbslosen, wäh-

rend bei den Erwerbstätigen weniger als die Hälfte und bei den Nichterwerbspersonen weniger als ein Drittel Zigaretten konsumieren (Dittrich 2001). Gemäß dem telefonischen Gesundheitssurvey 2003 rauchen in der Gruppe der 20- bis 59-Jährigen fast zwei Drittel der kurzzeit- und der langzeitarbeitslosen Männer, aber nur knapp über 40 % der erwerbstätigen Männer. Noch deutlicher fallen die Differenzen aus, wenn die unterschiedliche Altersstruktur in den Gruppen berücksichtigt wird: Männer, die seit mehr als einem Jahr arbeitslos sind, rauchen demnach 2,7-mal und Männer mit einer Arbeitslosigkeitsdauer von bis zu einem Jahr 1,9-mal häufiger im Vergleich zu erwerbstätigen Männern. Auch bei Frauen zeigen sich Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen, die aber nach Kontrolle des Alters-effekts nicht mehr signifikant sind (Tabelle 6.4).

Tabelle 6.4

Anteil der aktuellen Raucher/Raucherinnen in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Hausfrauen	--	--	--	31,5	0,78	0,62-0,97
Erwerbstätige	42,2	Ref.	--	37,1	Ref.	--
Arbeitslose (<12 Monate)	60,5	1,92	1,22-3,00	48,4	1,58	0,94-2,63
Arbeitslose (≥ 12 Monate)	64,1	2,74	1,70-4,43	44,8	1,57	0,99-2,49

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref.=Referenzkategorie

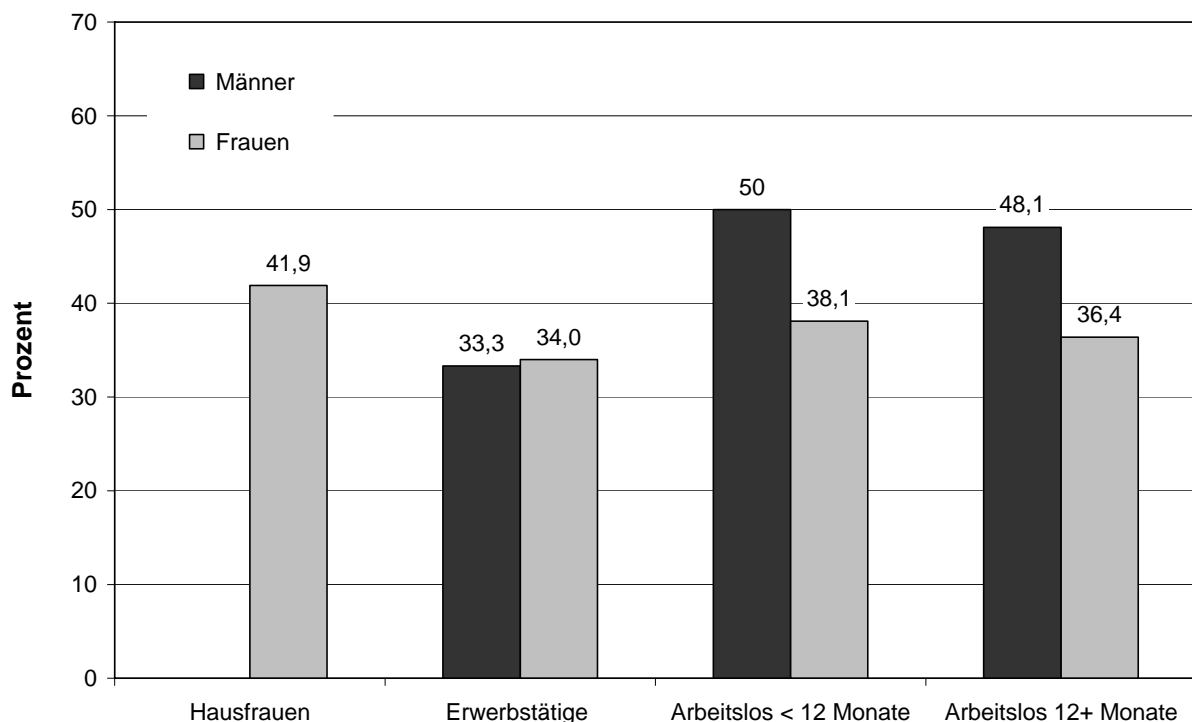
Bei den bisherigen Untersuchungen zum **Alkoholkonsum** konnte meist kein Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und den Konsumgewohnheiten festgestellt werden. Weder im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 noch im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 liegt der Alkoholkonsum der Arbeitslosen über dem der Erwerbstätigen. In einzelnen Studien finden sich aber Hinweise darauf, dass sich bereits vorhandene problematische Konsummuster durch die Arbeitslosigkeit verfestigen und zum Teil noch verstärken (Dauer 1999; Henkel 1992). Auf Basis der GEK-Daten zu den Krankenhausverweildauern der Versicherten für das Jahr 2000 lässt sich zeigen, dass bei arbeitslosen Männern 14,3 % aller Krankenhaustage und damit ein deutlich höherer Anteil als bei erwerbstätigen Männern auf psychische und Verhaltensstörungen entfallen (RKI 2003). Die Relevanz im Zusammenhang mit der Suchtabhängigkeit lässt sich auch dadurch verdeutlichen, dass knapp 40 % der 46.500 Erwachsenen, die im Jahr 2000 eine Entwöhnungsbehandlung bei Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder anderen Drogen beendet hatten, vor der Antragstellung arbeitslos gemeldet waren (VDR 2001; Holleder 2002).

Auch die bislang zur **Ernährung** vorliegenden Erkenntnisse lassen nicht unmittelbar darauf schließen, dass sich Arbeitslose weniger gesundheitsbewusst verhalten. Im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 zeigten sich zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen keine nennenswerten Unterschiede im Konsum von Milchprodukten, Fleisch, rohem Gemüse und Obst. Allerdings verzehren Arbeitslose häufiger kohlenhydratreiche Grundnahrungsmittel wie Kartoffeln, Grau- und Weißbrot sowie Margarine, was als Hinweis auf eine preisgünstigere Ernährung angesehen werden kann. Für unterschiedliche Ernährungsgewohnheiten spricht zudem die stärkere Betroffenheit durch **Übergewicht** und Adipositas. Gemäß dem telefonischen Gesundheitssurvey 2003 sind von den 20- bis 59-jährigen langzeitarbeitslosen Frauen 33 % übergewichtig und 26 % adipös im Vergleich zu erwerbstätigen Frauen mit 30 % bzw. 13 %. Auch bei Männern zeigt sich zumindest in Bezug auf Adipositas ein vermehrtes Vorkommen bei den Arbeitslosen (23,7 % bei den Langzeitarbeitslosen gegenüber 16 % bei den Erwerbstätigen).

Abbildung 6.7

Sportliche Inaktivität in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003



Ebenso deutliche Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen belegt der telefonische Gesundheitssurvey 2003 hinsichtlich der **Sportausübung**. Trotz eines vermeintlich höheren Zeitkontingents treiben arbeitslose Männer zur Hälfte überhaupt keinen Sport, bei den erwerbstätigen Männern beläuft sich dieser Anteil lediglich auf ein Drittel. Wenn arbeitslose Männer sportlich aktiv sind, dann üben sie jedoch ebenso intensiv Sport aus wie er-

werbstätige Männer. Bei Frauen zeigen sich in Bezug auf die sportliche Aktivität keine Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen. Am wenigsten aktiv sind die Hausfrauen, die Unterschiede zu den anderen Gruppen sind aber relativ gering (Abbildung 6.7).

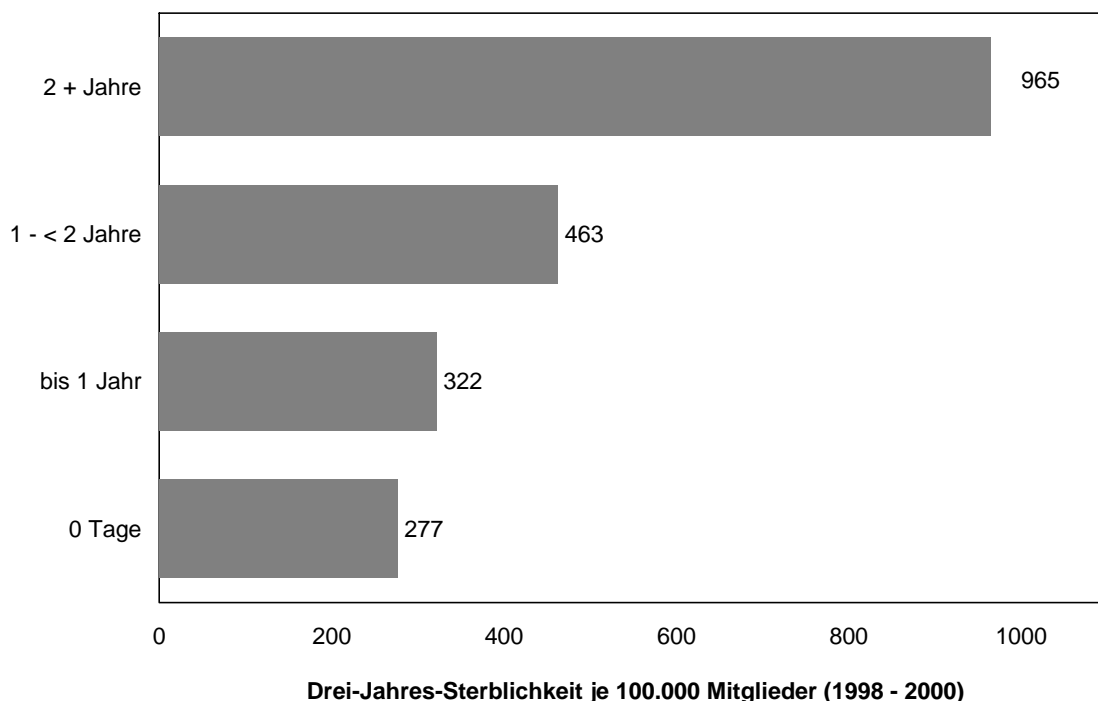
Mortalität

Vor dem Hintergrund der Häufung von gesundheitsriskanten Verhaltensmustern und gesundheitlichen Einschränkungen lässt sich eine erhöhte Sterblichkeit bei Arbeitslosigkeit erwarten. Aufschluss gibt eine Auswertung von GEK-Daten, die sich auf die Sterblichkeit 20- bis 50-jähriger Versicherte im Zeitraum 1998 bis 2000 bezieht (RKI 2003). Dabei wurden ausgehend von Angaben zum Erwerbsstatus in den Vorjahren (1995-1997) zwischen vier Gruppen differenziert: Durchgängig erwerbstätig Versicherte, Versicherte mit unter einem Jahr Arbeitslosigkeit, Versicherte mit ein bis unter 2 Jahren Arbeitslosigkeit sowie Versicherte mit zwei und mehr Jahren Arbeitslosigkeit.

Abbildung 6.8

Sterblichkeit im Zeitraum 1998-2000 nach Arbeitslosigkeitsdauer

Datenbasis: Gmünder Ersatzkasse 2000 (RKI 2003)



Die Ergebnisse sprechen dafür, dass Arbeitslose einem erhöhten Mortalitätsrisiko unterliegen: Während rechnerisch unter 100.000 durchgängig Erwerbstätigen im dreijährigen Beobachtungszeitraum lediglich 277 Personen starben, nahm die Sterblichkeit mit der Dauer der

Arbeitslosigkeit bis auf 965 Todesfälle unter den Versicherten, die zwei oder mehr Jahre arbeitslos waren, zu (Abbildung 6.8). Werden die unterschiedlichen Alters- und Geschlechtszusammensetzungen der Vergleichsgruppen berücksichtigt, dann errechnet sich für Versicherte mit ein bis unter zwei Jahren Arbeitslosigkeit ein um den Faktor 1,6 und für Versicherte mit zwei oder mehr Jahren Arbeitslosigkeit eine um den Faktor 3,4 erhöhte Mortalitätsrisiko im Vergleich zu den durchgängig Erwerbstätigen.

6.4 Diskussion

Die dargestellten Ergebnisse belegen, dass zwischen Arbeitslosigkeit und eingeschränkter Gesundheit ein Zusammenhang besteht: Arbeitslose schätzen ihre eigene Gesundheit schlechter ein, sind stärker von Krankheiten und Beschwerden betroffen, nehmen häufiger ambulante und Krankenhausleistungen in Anspruch, verhalten sich in vielerlei Hinsicht ungesünder und unterliegen außerdem einem höheren Mortalitätsrisiko. Die Frage nach der Verursachung dieses Zusammenhangs lässt sich zwar nicht abschließend beantworten, viele der Ergebnisse sprechen aber für bedeutsame ursächliche Effekte der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit. Zu verweisen ist hier unter anderem auf die Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 zur Verschlechterung der Gesundheit infolge von Arbeitslosigkeit sowie auf die Analyse der GEK-Daten zum relativen Risiko für längerfristige Krankenhausaufenthalte bei Berücksichtigung von Vorerkrankungen. Ebenso finden sich Hinweise darauf, dass gesundheitliche Einschränkungen, gemessen z.B. anhand der Dauer und Art der von der GEK registrierten Krankschreibungen, das Risiko für Arbeitslosigkeit erhöhen. Dass gesundheitlich eingeschränkte und damit weniger wettbewerbsfähige Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen unter den Bedingungen einer freien Marktwirtschaft häufiger entlassen und seltener wieder eingestellt werden, liegt angesichts eines gleichzeitig bestehenden Überangebots von Arbeitskräften nahe und wird auch durch die wenigen bislang durchgeführten Längsschnittanalysen bestätigt (Elkeles 2001; Mueller, Heinzl-Gutenbrunner 2001).

Dass Arbeitslosigkeit mit Gesundheitsproblemen einhergeht, lässt sich für Männer wie Frauen beobachten. Im Hinblick auf die Stärke und Muster des Zusammenhangs sind aber geschlechtsspezifische Unterschiede festzustellen. Zumindest in einzelnen Bereichen schlägt sich die Arbeitslosigkeit bei Männern deutlicher nieder als bei Frauen. Ein Grund hierfür dürfte sein, dass Männer eine stärkere Erwerbsorientierung aufweisen und deshalb ein Arbeitsplatzverlust wahrscheinlich häufiger Rollenkonflikte hervorruft. Außerdem resultieren aus der Arbeitslosigkeit für Männer größere finanzielle Einbußen, da sie in Partnerschaften häufiger die Hauptverdiener sind. Aufgrund der geschlechtsspezifischen Segregation des Arbeits-

marktes und insbesondere der größeren Zahl von Männern in manuellen Berufen mit hoher körperlicher Beanspruchung könnten Männer häufiger als Frauen bei gesundheitlichen Einschränkungen ihren Arbeitsplatz verlieren. Zu berücksichtigen ist auch, dass ein Teil der Arbeitslosigkeitserfahrungen bei Frauen in zeitlich engem Zusammenhang mit Schwangerschaften und Erziehungszeiten stehen und insofern nicht als Folge von Gesundheitsproblemen zu sehen sind. Gleichzeitig dürfte das Gesundheitsverhalten in diesen Phasen aus Rücksicht auf die Schwangerschaft oder Kinder eher positiv als negativ beeinflusst werden. Im Hinblick auf die Muster der Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit fällt auf, dass bei Männern vor allem die Langzeitarbeitslosen in ihrer Gesundheit eingeschränkt sind, während die kurzzeitig arbeitslosen Frauen ebenso häufig oder sogar häufiger gesundheitliche Probleme berichten. Neben der oftmals schwächeren Erwerbsorientierung von Frauen und der geringeren sozialen Sicherheit bei Arbeitslosigkeit, sofern der Partner noch ein Einkommen erzielt, dürfte hierfür auch eine Rolle spielen, dass Frauen eher als Männer auf lange Sicht in der Lage sind, sich an die veränderte Situation anzupassen und ihre Aktivitäten auf andere Lebensbereiche, z.B. die Familie, zu verlagern.

Zusammenfassend muss jedoch die gesundheitliche Situation von arbeitslosen Männern wie Frauen als ein zentraler politischer Handlungsbereich beschrieben werden. In kaum einem anderen Segment der „Normalbevölkerung“ lässt sich eine vergleichbare Häufung von Gesundheitsrisiken und Gesundheitsproblemen beobachten. Angesichts des dualen Charakters der Arbeitslosigkeit als Ursache und als Folge einer eingeschränkten Gesundheit erscheinen gesundheitsbezogene Interventionen erforderlich, die zum einen darauf zielen, die sozialen und gesundheitlichen Konsequenzen von Arbeitslosigkeit abzusichern und die Gesundheit von Arbeitslosen zu fördern, und zum anderen die Arbeitsmarktchancen von Menschen zu verbessern, die aus gesundheitlichen oder anderen Gründen in Arbeitslosigkeit geraten sind. Dies schließt auch ein, gesundheitlich eingeschränkten Menschen angemessene Beschäftigungsmöglichkeiten zu eröffnen. Voraussetzung hierfür ist eine Wirtschafts-, Bildungs-, Sozial- und Beschäftigungspolitik, die mit berücksichtigt, dass die Berufsbiographien in Zukunft aller Voraussicht nach weniger stetig als in den zurückliegenden Jahrzehnten verlaufen und immer mehr Menschen – wenn auch nur kurzzeitig – die Erfahrung von Arbeitslosigkeit machen werden.

Literaturverzeichnis

Bundesagentur für Arbeit (2005) Monatsbericht 2005. BA, Nürnberg

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005) Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. BMGS, Berlin

Claussen B, Bertran J (Hrsg.) (1999) The ICOH Working Group „Unemployment and Health“. International Archives of Occupational and Environmental Health. Jan 1999; 72 Suppl; Springer Verlag, Berlin Heidelberg

Dauer S (1999) Zu Wechselwirkungen von Gesundheit und Arbeitslosigkeit. In Dauer S, Henning H (Hrsg.) Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Mitteldeutscher Verlag, Halle, S. 12-23

Dittrich S (2001) Fragen zur Gesundheit: Ergebnisse des Mikrozensus 1999. In Statistisches Bundesamt (Hrsg.) Wirtschaft und Statistik 9, S. 771-780

Elkeles T (2001) Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand. In Mielck A, Bloomfield K (Hrsg.) Sozial-Epidemiologie. Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Juventa Verlag, S. 71-82

Henkel D (1992) Arbeitslosigkeit und Alkoholismus. Epidemiologische, ätiologische und diagnostische Zusammenhänge. Deutscher Studienverlag, Wiesbaden

Hollederer A (2002) Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 35, S. 411-428

Kieselbach T (2000) Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Perspektiven eines zukünftigen Umgangs mit beruflichen Transitionen. In Zilian HG, Flecker J (Hrsg.) Soziale Sicherheit und Strukturwandel der Arbeitslosigkeit. Hampp, Mering, S. 103-106

Mueller U, Heinzel-Gutenbrunner M (2001) Krankheiten und Beschwerden (subjektive Gesundheit) unter Bewertung der eigenen Gesundheit. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft, Heft 102c. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden

Robert Koch-Institut (2003) Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 13. RKI, Berlin

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998) Gesundheitsbericht für Deutschland. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Verband der deutschen Rentenversicherungsträger (2001) VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 2000. VDR, Frankfurt/Main

7 Gesundheit von allein Erziehenden

In den letzten Jahrzehnten hat mit dem Wandel von Familien- und Lebensformen und der Entkopplung von Ehe und Elternschaft die Zahl der Ein-Eltern-Familien zugenommen. Aus Sicht der Armuts- und Reichtumsberichterstattung ist diese Entwicklung von Bedeutung, weil sich die allein Erziehenden oftmals in einer benachteiligten Lebenslage befinden. Auch im zweiten Armuts- und Reichtumsbericht wird herausgestrichen, dass allein Erziehende weit- aus schlechtere Aussichten auf dem Arbeitsmarkt haben, geringere Einkommen erzielen und häufiger auf Sozialhilfe angewiesen sind (BMGS 2005).

Eltern, die ihre Kinder allein erziehen, sind zahlreichen Belastungen ausgesetzt, die aus der alleinigen Zuständigkeit für Kindererziehung, Haushaltsführung und den Lebensunterhalt erwachsen. Ein-Eltern-Familien sind nicht nur finanziell schlechter ausgestattet als Paar-Familien, sie sind auch zusätzlichen physischen und psychischen Anforderungen ausge- setzt. Die berufliche Situation gestaltet sich durch die Notwendigkeit einer adäquaten Kin- derbetreuung schwieriger, die familiäre Situation ist durch die alleinige Verantwortlichkeit für die Entwicklung des Kindes gekennzeichnet. Das aus der Rollenvielfalt erwachsende knappe Zeitbudget belastet zusätzlich.

Für die Bewältigung der speziellen Belastungen, die durch das allein Erziehen entstehen, sind materielle und soziale Ressourcen sowie persönliche Kompetenzen von Bedeutung. Neben der Einbettung in soziale Netzwerke spielen vor allem staatliche Leistungen eine wichtige Rolle. Trotz zahlreicher Transferzahlungen muss konstatiert werden, dass das sozi- ale Sicherungsnetz bei allein Erziehenden offenbar Lücken aufweist (BMFSFJ 2001a). Der Anteil der allein Erziehenden unterhalb der Armutsrisikogrenze betrug im Jahr 2003 35,4 % und ist damit im Vergleich zu 1998 auf hohem Niveau stagniert. Von allen Haushalten mit Kindern waren demgegenüber 13,9 % von einem Armutsrisiko betroffen (BMGS 2005).

Die spezifischen Belastungen allein Erziehender wirken sich auch auf die Gesundheit und das Wohlbefinden aus. Allein Erziehende leiden häufiger unter allgemeinen und psychischen Beschwerden und neigen zudem eher zu einem gesundheitsriskanten Verhalten. Zur Be- schreibung der gesundheitlichen Auswirkungen der Lebenslage von allein Erziehenden wird im Folgenden auf bundesweit repräsentative Daten des Bundes-Gesundheitssurvey 1998, des Sozio-oekonomischen Panel 2000 sowie der Mikrozensen 1999 und 2003 zurückgegrif- fen. Als allein erziehend wird angesehen, wer mit mindestens einem minderjährigen Kind,

aber ohne Partner bzw. Partnerin zusammenlebt.¹ Als Vergleichsgruppe werden den allein Erziehenden die verheirateten, zusammenlebenden Eltern mit mindestens einem minderjährigen Kind im Haushalt gegenübergestellt. Für die Auswertungen erfolgt eine Begrenzung auf die 18- bis 59-jährige Bevölkerung. Das Hauptaugenmerk gilt allein erziehenden Müttern, da weitaus mehr Frauen als Männer allein erziehend sind. Außerdem haben allein erziehende Väter (vor allem in Westdeutschland) keine Einkommensnachteile und müssen auch hinsichtlich ihrer Erwerbschancen nur selten signifikante Einbußen hinnehmen (BMAS 2001; BMGS 2005).

7.1 Lebenslage allein Erziehender

Im Jahr 2003 waren 22,3 % aller Familien in den neuen und 15,8 % aller Familien in den alten Bundesländern Ein-Eltern-Familien. Bezogen auf das gesamte Bundesgebiet entspricht dies einer Zahl von 1,5 Millionen allein erziehenden Müttern und Vätern mit Kindern unter 18 Jahren. In den alten Bundesländern lebt damit jedes achte und in den neuen sogar jedes fünfte Kind bei einem allein erziehenden Elternteil. 84 % der allein Erziehenden sind Frauen (BMGS 2005). Für die „Normalität“ des allein Erziehens in unserer Gesellschaft spricht auch, dass in den alten Bundesländern ein Fünftel der Frauen mit Kindern mindestens eine Phase der Ein-Elternschaft in ihrem Leben bewältigt, in den neuen Bundesländern betrifft dies sogar 45 % der Mütter (Krüger, Micus 1999).

Eine detaillierte Analyse zur Lebenslage allein Erziehender wurde auf der Basis des Mikrozensus 1999 durchgeführt. Demnach sind 43,7 % der allein erziehenden Frauen geschieden, 18,9 % leben getrennt von ihrem Ehepartner, 7,4 % sind verwitwet und 30,0 % waren nie verheiratet. In den neuen Bundesländern sind mehr allein Erziehende ledig und weniger getrennt lebend oder geschieden. Zwei Drittel der allein erziehenden Frauen sorgen für ein Kind unter 18 Jahren, aber immerhin 7,8 % kümmern sich um drei oder mehr minderjährige Kinder im Haushalt. Einer Erwerbstätigkeit gehen 64,7 % der allein erziehenden Frauen nach im Vergleich zu 79,3 % der allein erziehenden Männer. Zwischen den neuen und alten Bundesländern besteht in dieser Hinsicht kein Unterschied, allerdings sind in den neuen Bundesländern mehr allein erziehende Frauen Vollzeit beschäftigt (47,7 % vs. 26,6 %). Die Erwerbstätigenquote ist abhängig vom Alter der zu betreuenden Kinder: Je jünger die Kinder sind, umso geringer ist die Erwerbsbeteiligung. 57,6 % der allein erziehenden Frauen bestreiten

¹ Im Sozio-oekonomischen Panel und den Mikrozensen ist das verwandtschaftliche Verhältnis zwischen Befragten und im Haushalt lebenden Kindern eindeutig feststellbar. Im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 wurde das verwandtschaftliche Verhältnis nicht erfasst. Es ist daher möglich, dass die Gruppe der allein Erziehenden, auch eine geringe Zahl allein erziehender Großeltern umfasst.

ihren Lebensunterhalt überwiegend aus eigener Erwerbstätigkeit. Die im Vergleich mit den alten Bundesländern mit 27,1 % mehr als doppelt so hohe Arbeitslosenquote der allein erziehenden Mütter in den neuen Bundesländern ist zum einen vor dem Hintergrund der insgesamt hohen Arbeitslosigkeit von Frauen in dieser Region zu sehen. Zum anderen spiegelt diese Zahl aber auch die Tatsache wieder, dass allein erziehende Frauen in den neuen Bundesländern in stärkerem Maße eine Erwerbsbeteiligung anstreben (RKI 2003).

Im Jahr 2003 waren 23,7 % der allein erziehenden Frauen von Sozialhilfe abhängig. Mit der Zahl der Kinder nimmt die Sozialhilfequote weiter zu: Fast die Hälfte der allein Erziehenden mit drei oder mehr Kindern waren 2003 auf Sozialhilfe angewiesen (46,1 %). Bei Ehepaarhaushalten mit entsprechender Kinderzahl waren es hingegen nur 4,7 % (BMGS 2005). Auch unabhängig vom Sozialhilfebezug treten in der Einkommensverteilung erwartungsgemäß markante Unterschiede zutage: Allein Erziehende sind überproportional häufig in den unteren, Ehepaare mit Kindern dagegen in den mittleren und höheren Einkommensgruppen zu finden. Ein Drittel der allein Erziehenden hatte im Jahr 2003 monatlich weniger als 1.300 Euro zur Verfügung, fast drei Viertel weniger als 2.000 Euro (BMGS 2005).

7.2 Belastungen und Ressourcen allein Erziehender

Sowohl die Gründe für das Leben mit Kindern und ohne Partner bzw. Partnerin als auch die Belastungen und Ressourcen, die daraus erwachsen, sind vielgestaltig und komplex. Ein-Eltern-Familien können als bewusstes Lebenskonzept, als geglückte Bewältigung einer belastenden Familiensituation, als Folge von Trennung bzw. Scheidung oder durch den Tod des Partners/der Partnerin entstehen (BMFSFJ 2001a). Neben den unterschiedlichen Entstehungsbedingungen für das allein Erziehen spielen für die Vielfalt dieser Lebensform die sozialen Kompetenzen und der Handlungsspielraum der Mutter bzw. des Vaters sowie die Möglichkeiten der Kinderbetreuung und der Vereinbarkeit von Beruf und Familie eine bedeutende Rolle. Unabhängig von diesen Faktoren ergeben sich für alle allein Erziehenden zahlreiche physische, psychische, soziale und finanzielle Belastungen.

Inwieweit diese Belastungen bewältigt werden, hängt ganz wesentlich vom Vorhandensein **sozialer Netzwerke** und Unterstützung ab. Außerdem spielen die Faktoren Kontrollüberzeugung, d.h. das Gefühl, schwierigen Situationen nicht hilflos ausgeliefert zu sein, und das Selbstbewusstsein eine große Rolle (Krüger, Mincus 1999). Wichtigen Einfluss haben auch die finanzielle Lage, die Zahl und das Alter der Kinder, die Dauer der Ein-Elternschaft, die Wahlfreiheit in der Lebensgestaltung, die Geschlechtsrollenorientierung und gegebenenfalls die Verarbeitung des Trennungsprozesses (Hoffmann, Swart 2002).

Als besonders schwierig empfinden allein Erziehende ihre **finanzielle Lage**. Die Hälfte der Teilnehmer und Teilnehmerinnen einer Studie zu Belastungen und Ressourcen des allein Erziehens berichtet über weitreichende finanzielle Nachteile. Wird die materielle Situation als ungünstig bewertet, zeigen sich bei den allein Erziehenden weitaus stärkere Auswirkungen auf viele Lebensbereiche als bei den verheirateten Befragten (Schneider et al. 2001). Ein eigenes Einkommen durch Erwerbsbeteiligung, die Geltendmachung von Unterhaltsansprüchen sowie die Inanspruchnahme staatlicher Transfers oder privater Unterstützungsleistungen sind Ressourcen der finanziellen Lage allein Erziehender.

Die **berufliche Situation** allein Erziehender ist durch große Anforderungen gekennzeichnet. Sie verlangt den Müttern bzw. Vätern ein hohes Maß an Belastbarkeit, Flexibilität und Organisationstalent ab. Andererseits ist die Erwerbstätigkeit eine wichtige Voraussetzung für eine finanziell selbstständige Lebensführung. Allein Erziehende aus den neuen Bundesländern sind in weit höherem Umfang als die westdeutschen allein Erziehende berufstätig und berichten gleichzeitig über ein geringeres Belastungsempfinden (Schneider et al. 2001). Wenn Frauen die berufliche Ausbildung oder Weiterentwicklung zu Gunsten der häuslichen Rolle und Kindererziehung aufgegeben haben, ist es nach einer Trennung oder Scheidung für sie besonders schwierig, den (Wieder-)Einstieg ins Berufsleben zu schaffen. Die Rückkehr ins Arbeitsleben ist oft nur durch eine berufliche Umorientierung möglich. Dabei müssen häufig negative Veränderungen, u.a. bezogen auf die Arbeitsinhalte und -aufgaben, die Sicherheit des Arbeitsplatzes und die Einkommenshöhe, in Kauf genommen werden (BMFSFJ 2001a).

Die Möglichkeit, sich in Problemsituationen mit einem **Partner** bzw. einer Partnerin zu besprechen, Verantwortung und Verfügbarkeit zu teilen und auch emotionale Unterstützung und Geborgenheit sind wichtige Aspekte des Zusammenlebens, auf die allein Erziehende häufig verzichten müssen (BMFSFJ 2001a). Die Abwesenheit des Partners/der Partnerin impliziert aber auch eine größere Autonomie und Entscheidungsfreiheit. Wenn das Zusammenleben in der Familie durch Auseinandersetzungen und mangelnde Kooperation geprägt war, so bietet das allein Leben mit dem Kind unter Umständen eine deutliche psychische Entlastung (BMFSFJ 2001a). Die große Mehrheit der Mütter und Väter aus Ein-Eltern-Familien bewertet die Entwicklung ihres Kindes/ihrer Kinder sowie Unternehmungen mit der Familie als sehr positive Aspekte ihrer Lebensumstände. Damit unterscheidet sich diese Gruppe nicht von der Gruppe der verheiratet zusammenlebenden Eltern. Das Ergebnis deutet darauf hin, dass die Kinder und das Familienleben zentrale Ressourcen der allein Erziehenden darstellen (Schneider et al. 2001).

Aus der Vielfalt der Rollen, die allein Erziehende ausfüllen müssen, ergibt sich ein besonders knappes **Zeitbudget**. Die Restriktionen und Anforderungen bzgl. zeitlicher Flexibilität, die auf dem Arbeitsmarkt, bei Betreuungseinrichtungen, Behörden u.a. bestehen, stellen allein Erziehende vor besondere Herausforderungen. Mangelnde Zeitreserven und Zeitpuffer wirken sich besonders gravierend bei erhöhtem Zeitaufwand für die Betreuung des Kindes aus, insbesondere wenn es erkrankt oder eine Betreuungsmöglichkeit zwischenzeitlich ausfällt. Auch eine eigene Krankheit kann zur Überforderung der Eltern führen (BMFSFJ 2001a). Im Rahmen der so genannten Zeitbudgeterhebung, die 2001/2002 zum zweiten Mal in Deutschland durchgeführt wurde, zeigte sich, dass allein erziehende Frauen im Durchschnitt $1\frac{3}{4}$ h pro Tag länger erwerbstätig sind als Frauen in Paarhaushalten. Zeit „gespart“ wird dann bei der Hausarbeit. Auch beim Essen, Schlafen und der Körperpflege ist das Zeitbudget der allein Erziehenden rund eine halbe Stunde kleiner. Die Kinderbetreuung nimmt pro Tag etwa $2\frac{1}{4}$ h in Anspruch. Damit müssen die Kinder allein Erziehender im Vergleich zu Paarhaushalten nur etwa eine Viertelstunde mehr auf ihre Mutter verzichten (BMFSFJ/Statistisches Bundesamt 2003). Mit Blick auf die Zeitverwendung der allein Erziehenden, auch im Vergleich zu Paarhaushalten, wird deutlich, dass die starke Beanspruchung der Eltern durch Erwerbstätigkeit, Kinderbetreuung und Haushalt insgesamt wenig Freiräume für den Ausbau und die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte zulässt und die Möglichkeiten der aktiven und erfüllenden Gestaltung von Freizeit stark einschränkt.

7.3 Gesundheitliche Situation allein erziehender Frauen

Die stärkere Beanspruchung und Belastung im alltäglichen Leben hat Auswirkungen auf die gesundheitliche Situation der allein Erziehenden. Auf Grundlage der verfügbaren Daten lassen sich diese u.a. im Hinblick auf Krankheiten und Beschwerden, die selbst eingeschätzte Gesundheit, das Gesundheitsverhalten sowie die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems beschreiben.

Krankheiten und Beschwerden

Die Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 erlauben unter anderem Aussagen über die Verbreitung von insgesamt 43 überwiegend **chronischen Krankheiten**. Geht man von dem jemaligen Auftreten der Erkrankung (Lebenszeitprävalenz) aus, dann leiden allein erziehende im Vergleich zu verheirateten Müttern deutlich häufiger an Nieren- und Lebererkrankungen, chronischer Bronchitis und Migräne. Außerdem geben sie doppelt so häufig

psychische Erkrankungen an. Von zwei oder mehr Erkrankungen waren 85,4 % der allein erziehenden und 77,4 % der verheirateten Mütter betroffen (Tabelle 7.1).²

Tabelle 7.1

Lebenszeitprävalenz ausgewählter Krankheiten (Angaben in %)

Datenbasis: Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (RKI 2003)

Ausgewählte Krankheiten ¹	Allein erziehende Mütter	Verheiratete Mütter
Chron. Bronchitis*	9,0	3,9
Leberentzündung, Hepatitis*	10,2	4,1
Nierenbeckenentzündung*	23,6	14,2
Nierensteine, Nierenkolik*	15,7	5,2
Migräne	36,0	26,3
Psych. Erkrankung*	24,7	10,9
Kontaktallergien	25,0	34,8
Sonst. Allergien	14,9	20,4
Erkrankungen der Gebärmutter, Eierstöcke, Eileiter	25,3	17,2

¹ Es werden nur die Krankheiten dargestellt, bei denen Gruppenunterschiede von mehr als 5 % auftreten.

* Signifikanz ($p < 0,05$)

Im Mikrozensus 1999 gaben 9,2 % der allein erziehenden und 5,4 % der verheirateten Mütter an, in den letzten vier Wochen krank (oder unfallverletzt) gewesen zu sein. Hinsichtlich der Krankheitsdauer zeigen sich hier keine wesentlichen Unterschiede. Gleiches gilt für die im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 erfasste Zahl der Krankheitstage im Jahr: Allein erziehende Mütter sind im Durchschnitt 12,5 Tage im Jahr gesundheitlich so beeinträchtigt, dass sie ihrer üblichen Tätigkeit nicht nachgehen können, verheiratete Mütter 11,2 Tage.

Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 ermöglicht auch Aussagen zur Prävalenz und Intensität von **Schmerzen**. Allein erziehende Frauen leiden demnach häufiger und stärker unter Schmerzen als verheiratete Mütter. Die Jahresprävalenz fällt bei fast allen der insgesamt 14 erhobenen Schmerzlokalisationen höher aus als in der Vergleichsgruppe. Signifikant häufiger werden Schmerzen im Kopfbereich, im Nacken sowie in Armen und Beinen angegeben. Bezogen auf die 4-Wochen-Prävalenz berichtet fast die Hälfte der allein erziehenden Mütter von mäßigen bis starken Schmerzen, in der Vergleichsgruppe sind es nur 37,7 %. Umgekehrt ist der Anteil an Befragten, die keine bzw. nur sehr leichte Schmerzen angeben unter den verheirateten Müttern mit 44,5 % deutlich höher als bei den allein erziehenden Frauen mit 25,1 % (RKI 2003).

² Die Interpretation dieser Ergebnisse wird dadurch erschwert, dass keine Informationen darüber vorliegen, ob die jeweilige Krankheit vor oder nach Beginn des allein Erziehens auftrat. Außerdem besteht aufgrund der geringen Fallzahlen keine Möglichkeit, den Einfluss intervenierender Faktoren auf die Krankheitsentstehung angemessen zu berücksichtigen.

Die höhere Schmerzbelastung der allein erziehenden Mütter spiegelt sich auch in der stärkeren Beeinträchtigung bei der Verrichtung von Alltagstätigkeiten wider. Mehr als die Hälfte der verheirateten Mütter fühlen sich überhaupt nicht beeinträchtigt, bei den allein erziehenden sind es nur 38,2 % (Tabelle 7.2).

Tabelle 7.2

Beeinträchtigung der Alltagstätigkeiten wegen Schmerzen (4-Wochen-Prävalenz, Angaben in %)

Datenbasis: Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (RKI 2003)

Grad der Beeinträchtigung	Allein erziehende Mütter	Verheiratete Mütter
Überhaupt nicht	38,2	53,0
Ein bisschen	32,6	29,0
Mäßig	21,3	10,9
Ziemlich	5,6	5,4
Sehr	2,3	1,7
Insgesamt	100,0	100,0

Auch von emotionalen und psychischen **Befindlichkeitsstörungen** sind allein erziehende Frauen verstärkt betroffen. Häufiger nennen sie insbesondere Nervosität, Niedergeschlagenheit und Traurigkeit. Außerdem fühlen sie sich seltener ruhig und gelassen, glücklich oder voller Energie (Tabelle 7.3).

Tabelle 7.3

Emotionale Grundstimmungen (4-Wochen-Prävalenz, Angaben in %)

Datenbasis: Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (RKI 2003)

Emotionale Grundstimmungen ¹	Allein erziehende Mütter	Verheiratete Mütter
Sehr nervös	29,5	17,8
Niedergeschlagen	12,5	6,3
Entmutigt und traurig	21,6	9,3
Ruhig und gelassen	50,6	63,8
Voller Energie	42,5	61,8
Glücklich	50,5	68,7

¹ Häufigkeit des Auftretens emotionaler Grundstimmungen anhand einer 6-stufigen Antwortskala, angegeben wird der Anteil der Befragten, bei denen die jeweilige Stimmungslage 'immer', 'meistens' oder 'ziemlich oft' auftritt.

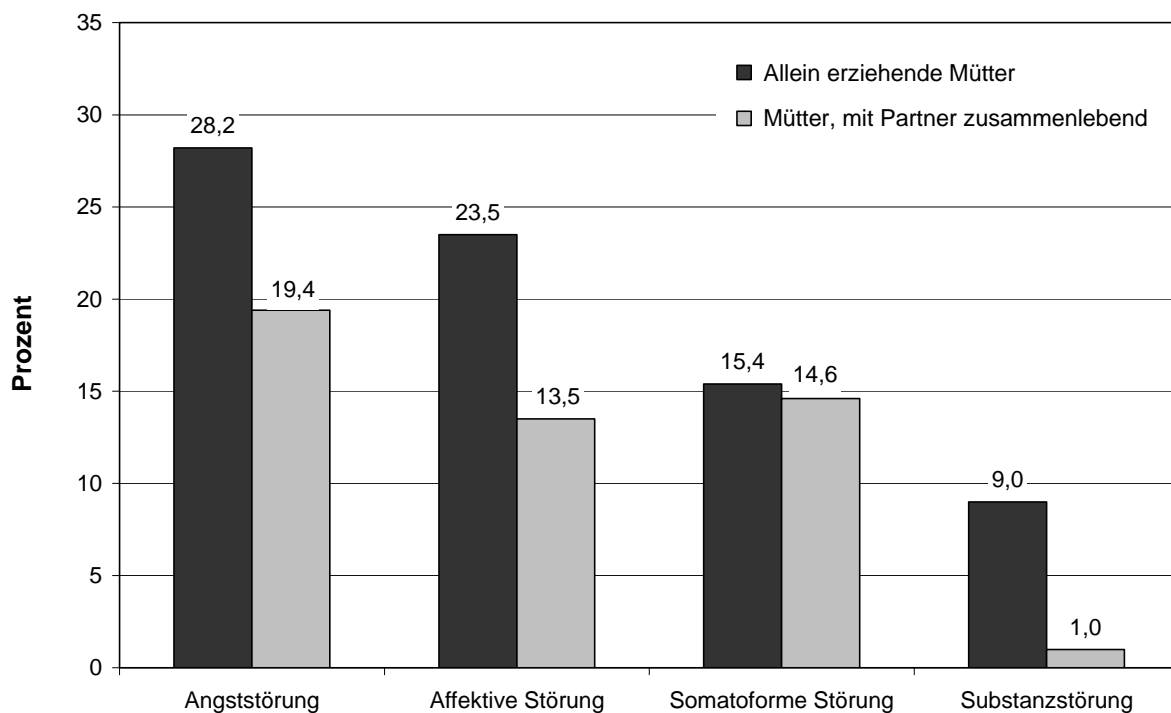
Das Vorliegen von **psychischen Erkrankungen** wurde im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 mit dem Zusatzmodul „Psychische Störungen“ erfasst. Es zeigte sich auch hier, dass allein erziehende Frauen besonders häufig von Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit betroffen sind: 49,6 % der allein Erziehenden leiden an einer psychischen Erkrankung. Im Gegensatz dazu waren Mütter, die mit einem Partner zusammenleben, nur zu 35,5 % betroffen. Aus dem Spektrum der verschiedenen psychischen Erkan-

kungen wurden Angststörungen von allen befragten Frauen am häufigsten berichtet, aber auch hier gibt es deutlich mehr Betroffene unter den allein Erziehenden (28,2 % vs. 19,4 %). Ein besonders hohes Risiko weisen allein erziehende Frauen hinsichtlich Substanzstörungen auf. Während insgesamt Männer deutlich häufiger als Frauen von Substanzstörungen betroffen sind, ergeben sich innerhalb der Gruppe der Frauen große Unterschiede entlang des familiären Status (verheiratet, mit Kind(ern) vs. allein erziehend). 9,0 % der allein erziehenden Frauen berichteten im BGS98 von einer Substanzstörung, weitaus mehr als verheiratete Mütter (1,0 %) (Abbildung 7.1).

Abbildung 7.1

Vorliegen von psychischen Erkrankungen (12-Monats-Prävalenz)

Datenbasis: Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (Helbig et al. 2005)



Selbsteinschätzung der Gesundheit und Lebensqualität

Indikatoren wie die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes eröffnen zusätzliche Perspektiven auf das körperliche wie psychische Befinden, da sie das subjektive Erleben von Krankheit und Gesundheit, individuelle Ansprüche und persönliche Bewertungen berücksichtigen. Anhand von Daten des Sozio-oekonomischen Panels aus dem Jahr 2000 lässt sich zeigen, dass allein erziehende Frauen ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand schlechter einschätzen als verheiratete Mütter (Tabelle 7.4).

Während 62,3 % der verheirateten Mütter einen sehr guten bzw. guten Gesundheitszustand angeben, beträgt der entsprechende Anteil bei den allein erziehenden nur 55,9 %. Allerdings variiert die **Gesundheitseinschätzung** mit der Lebenssituation der Frauen. Die voll erwerbstätigen allein erziehenden Frauen bewerten ihre Gesundheit zu 66,2 % als sehr gut oder gut, die teilzeitbeschäftigten zu 55,8 % und die nicht erwerbstätigen zu 44,4 %. Außerdem beeinflusst die Einkommenszufriedenheit, die hoch mit der tatsächlichen Höhe des Einkommens korreliert, in starkem Maße die Gesundheitsbewertung. Das wird auch beim Vergleich allein erziehender und verheirateter Mütter in entsprechender finanzieller Lage deutlich: Mit ihrem Einkommen hoch zufriedene allein erziehende Mütter bewerten ihre Gesundheit ähnlich positiv wie die hoch zufriedenen verheirateten Mütter. Allerdings ist die Anzahl der finanziell zufriedenen allein erziehenden Mütter deutlich geringer als die der verheirateten.

Tabelle 7.4

Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes (Angaben in %)

Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2000 (RKI 2003)

Gegenwärtiger Gesundheitszustand	Allein erziehende Mütter	Verheiratete Mütter
Sehr gut / gut	55,9	62,3
Zufrieden stellend	30,3	28,9
Weniger gut / schlecht	13,8	8,8
Insgesamt	100,0	100,0

Die Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 deuten darauf hin, dass auch soziale Netzwerke, die als wichtige Ressource der Alltagsbewältigung angesehen werden können, in eindeutig positiver Beziehung zum Wohlbefinden stehen. So schätzen 28,6 % der allein erziehenden Frauen, die sich auf mehr als drei Personen verlassen können, ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet oder sehr gut ein, wohingegen dieser Anteil bei der Gruppe mit keiner oder bis zu drei unterstützenden Personen bei 8,5 % liegt.

Auch bezüglich der gesundheitsbezogenen **Lebensqualität** zeigen sich deutlich Unterschiede zwischen allein erziehenden und verheirateten Müttern. Im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität mit dem SF-36-Fragebogen erhoben, der die Auswirkungen von Gesundheit und Krankheit auf die subjektiv erlebte physische und psychische Funktionsfähigkeit auf individueller und sozialer Ebene misst und dabei auch die sozialen Aspekte des Wohlbefindens berücksichtigt (Radoschewski, Bellach 1999). Mit dem SF-36 können die folgenden acht Einzeldimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gebildet werden:

- körperliche Funktionsfähigkeit (Köfu)
- körperliche Rollenfunktion (Köro)
- Beeinträchtigung durch Schmerzen (Schm)
- allgemeine Gesundheitswahrnehmung (Ages)
- Vitalität und körperliche Energie (Vita)
- soziale Funktionsfähigkeit (Sofu)
- emotionale Rollenfunktion (Emro)
- psychisches Wohlbefinden (Psync)

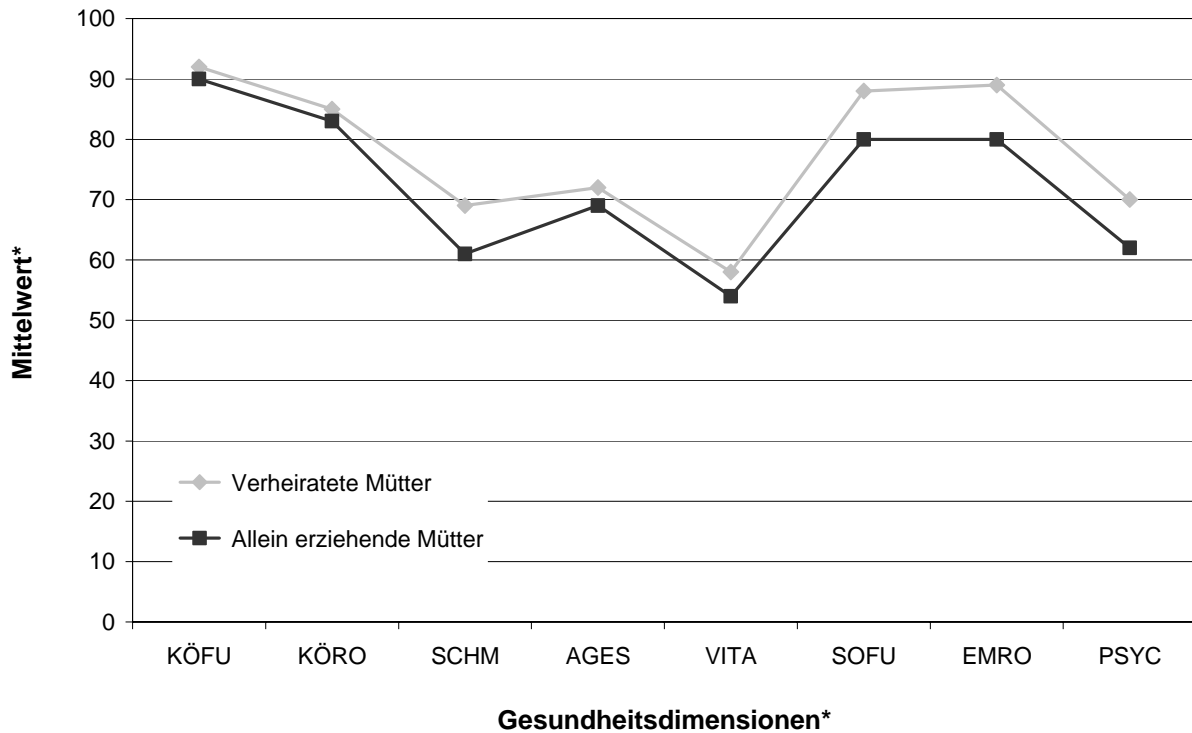
(Bullinger, Kirchberger 1998).

Allein Erziehende berichten in allen acht Einzeldimensionen eine schlechtere Lebensqualität als die verheirateten Mütter. Allerdings fällt diese Differenz in den einzelnen Bereichen unterschiedlich stark aus. Die Unterschiede sind bezogen auf körperliche Beeinträchtigungen gering, bezogen auf die allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität und soziale Funktionsfähigkeit deutlicher und statistisch signifikant. Im Hinblick auf die Beeinträchtigungen durch körperliche Schmerzen und emotionale Probleme sowie beim psychischen Wohlbefinden sind sie am größten. In diesen Bereichen geben die allein erziehenden Frauen deutlich stärkere Einschränkungen an (Abbildung 7.2).

Die Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen allein erziehenden und verheirateten Müttern beruhen nicht auf einer anderen Altersverteilung oder sozialen Schichtzugehörigkeit. Innerhalb der unteren Sozialschicht werden die Unterschiede in der Lebensqualität zwischen allein erziehenden und verheirateten Müttern besonders deutlich: Allein erziehende Mütter fühlen sich durch Schmerzen und emotionale Probleme wesentlich stärker beeinträchtigt als verheiratete Mütter. Hier kumulieren offenbar die negativen Effekte des allein Erziehens und die Beeinträchtigungen durch die Zugehörigkeit zur unteren Sozialschicht.

Abbildung 7.2**Gesundheitsbezogene Lebensqualität allein erziehender und verheirateter Mütter (SF-36)**

Datenbasis: Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (RKI 2003)



* Gesundheitsdimensionen s. vorherige Seite; Skalenwerte: 0 bis 100; je höher der erreichte Wert, umso geringer sind die jeweiligen Beeinträchtigungen durch den Gesundheitszustand.

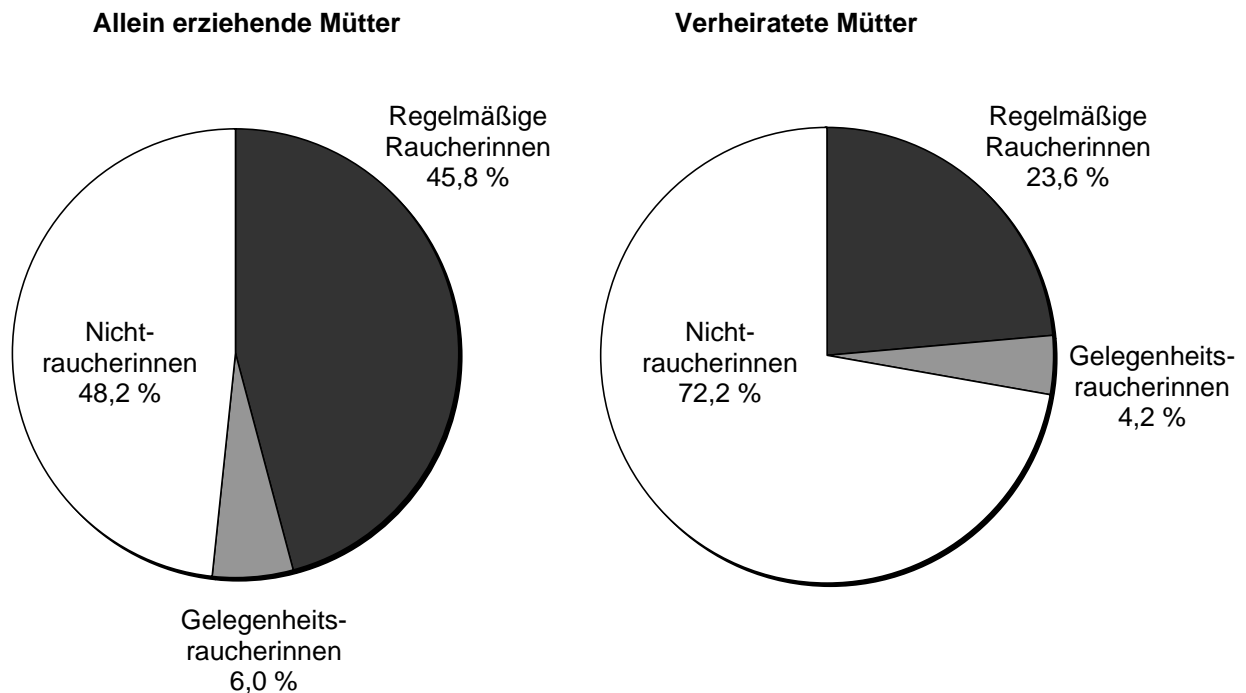
Gesundheitsverhalten

Die soziale Benachteiligung und höhere psychosoziale Belastung allein erziehender Frauen kommt nicht nur in ihrem Gesundheitsstatus zum Ausdruck, sondern spiegelt sich auch in anderen gesundheitsbezogenen Aspekten, z.B. im Gesundheitsverhalten und der Gesundheitsversorgung, wider.

Der Anteil der regelmäßigen **Raucherinnen** ist, legt man den Mikrozensus 1999 zugrunde, unter den allein erziehenden Müttern mit 45,8 % nahezu doppelt so hoch wie unter verheirateten Müttern (Abbildung 7.3). Die bekannten Zusammenhänge zwischen Schulbildung und Rauchverhalten zeigen sich auch innerhalb der Gruppe der allein erziehenden Mütter: Diejenigen mit Hauptschulabschluss rauchen zu 56,2 % regelmäßig gegenüber 30,5 % in der Vergleichsgruppe verheirateter Mütter, diejenigen mit Abitur nur zu 27,6 % gegenüber 13,5 %.

Abbildung 7.3**Rauchverhalten allein erziehender und verheirateter Mütter**

Datenbasis: Mikrozensus 1999 (RKI 2003)



Unterschiede werden auch im Hinblick auf die **sportliche Betätigung** und die **Ernährung** deutlich. Anhand der Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 lässt sich zeigen, dass verheiratete Mütter zu 55,1 % Sport treiben, allein erziehende Mütter aber nur zu 46,1 %. Allerdings geben 30,3 % der allein erziehenden Mütter versus 27,2 % der Vergleichsgruppe an, dass sie mindestens drei mal pro Woche sportlich so aktiv sind, dass sie dabei „ins Schwitzen oder außer Atem“ geraten. Auf ihre Ernährung achten mit 48,1 % bedeutend weniger allein erziehende als verheiratete Mütter mit 70,7 %. Auch bei den Essgewohnheiten unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant voneinander, was sich z.B. mit den Aktionsgrundlagen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1995³ verdeutlichen lässt: Allein Erziehende Mütter essen in größerem Maße unregelmäßig und nicht zu festen Zeiten (39,3 % vs. 26,1 %).

³ Bei den Aktionsgrundlagen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) handelt es sich um wiederholte Bestandsaufnahmen über Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen der Bevölkerung. Die letzte dieser Erhebungen fand 1995 statt. Die beiden wichtigsten inhaltlichen Aspekte waren „Erwerbstätigkeit und Gesundheit“ sowie „Rauchgewohnheiten, Alkoholkonsum und Medikamentenverbrauch“. Befragt wurde eine für die deutsch sprechende Bevölkerung repräsentative Stichprobe (N=3.548).

Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

Im Krankheitsfall suchen laut Mikrozensus 1999 allein erziehende Mütter mit 77,8 % ähnlich häufig einen Arzt auf wie verheiratete mit 76,3 %. Auch im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 lässt sich hinsichtlich der Häufigkeit der **Arztkontakte** kein bedeutsamer Unterschied zwischen den beiden Gruppen nachweisen. 94 % der allein erziehenden Mütter und 92 % der Vergleichsgruppe sind innerhalb des letzten Jahres mindestens einmal zum Arzt gegangen. Dabei konsultieren die allein Erziehenden mit im Durchschnitt 12,8 Kontakten nahezu gleich oft einen Arzt wie die verheirateten Mütter mit 11,9 Arztkontakten.

Bei der Differenzierung nach Fachärzten fällt auf, dass allein Erziehende mit etwa 15,0 % im Verlaufe eines Jahres deutlich häufiger einen Psychotherapeuten aufgesucht haben als verheiratete Mütter mit 3,7 %. Bei der Inanspruchnahme anderer fachärztlicher Leistungen zeigen sich nur geringe Unterschiede. Auch wenn die geringe Fallzahl zu berücksichtigen ist, so steht dieses Ergebnis doch im Einklang mit der weiter oben beschriebenen höheren Belastung durch psychische bzw. emotionale Probleme.

Allein erziehende Mütter nehmen tendenziell seltener an **Vorsorgeuntersuchungen** und Impfungen teil als verheiratete Mütter: 22 % versus 29 % (Hoffmann, Swart 2002)⁴. Möglicherweise ist dies darauf zurückzuführen, dass ihnen weniger Zeit für ein aktives Gesundheitsverhalten zur Verfügung steht und Betreuungsmöglichkeiten für die Kinder fehlen (Schneider et al. 2001).

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (z.B. Rückenschulen, Kurse zu gesunder Ernährung, Raucherentwöhnung) haben mit ca. 40 % etwa gleich viele allein erziehende wie verheiratete Mütter schon einmal in Anspruch genommen. Vor dem Hintergrund der schwierigen finanziellen Lage der allein erziehenden Mütter ist es nicht erstaunlich, dass nur 37,1 % (versus 51,4 % der Vergleichsgruppe) an gesundheitsfördernden Kursen bei voller individueller Kostenübernahme teilnehmen würden.

⁴ Die Autoren werteten die Daten des Bundes-Gesundheitssurvey 1998 aus und verglichen die Wahrnehmung der Gesundheit und die ärztliche Inanspruchnahme von allein erziehenden Müttern, Müttern in fester Partnerschaft und Frauen in fester Partnerschaft ohne Kinder. Die Studienteilnehmerinnen waren zwischen 18 und 45 Jahre alt.

Medikamentenkonsum

Der regelmäßige oder tägliche Medikamentenkonsum allein erziehender wie verheirateter Mütter ist insgesamt gesehen gering. Schmerzmittel werden gemäß den Aktionsgrundlagen der BZgA aus dem Jahr 1995 von 56 % der allein erziehenden und 53 % der verheirateten Mütter eingenommen (bezogen auf einen Zeitraum von drei Monaten und unabhängig von der Häufigkeit). Der relativ hohe, in der Regel jedoch nur zeitweilige Konsum von Schmerzmitteln steht vermutlich im Zusammenhang mit häufig auftretenden frauenspezifischen Schmerzen, z.B. Menstruationsschmerzen. Auch Arzneimittel mit anzunehmender psychotroper Wirkung (Beruhigungs- und Schlafmittel, Mittel gegen die Folgen von Stressbelastung und gegen Verstimmtheit, Depression) wurden im gleichen Zeitraum von mehr allein erziehenden (23,8 %) als verheirateten Müttern (15,2 %) angewendet.

7.4 Soziale und gesundheitliche Situation allein erziehender Väter

Im Jahr 2003 waren nur 16 % der allein Erziehenden Männer (BMGS 2005). Trotz dieser nach wie vor geringen Zahl ist in den letzten Jahren eine Zunahme des Anteils von Vätern unter den allein Erziehenden zu beobachten. Während bei Müttern durchaus eine gewandelte Einstellung zur Ein-Elternschaft zu beobachten ist, gilt für die meisten Männer, die ihre Kinder zeitweilig allein erziehen, dass der Wunsch, möglichst schnell wieder eine Partnerschaft einzugehen, sehr groß ist. Verschiedene Studien zeigen, dass sie frühzeitiger und häufiger neue Partnerschaften eingehen (Krüger, Micus 1999). Für eine Gruppe der Frauen ist das allein Erziehen ein akzeptiertes oder sogar bewusst gewähltes Lebenskonzept. Sie betrachten das allein Erziehen als Verbesserung, woraus ein neues Selbstverständnis resultiert. Bei den meisten allein erziehenden Männern scheint dies nicht so zu sein.

Allein erziehende Männer befinden sich im Vergleich zu allein erziehenden Frauen in einer günstigeren sozioökonomischen Position. Besonders deutlich wird dies hinsichtlich der Einkommenssituation, die auch für die Kinderbetreuung und Organisation des Alltags von großer Bedeutung ist. Dass allein erziehende gegenüber verheirateten Vätern sozial benachteiligt sind, spiegelt sich in ihrer Lebenszufriedenheit wider. Im Sozio-oekonomischen Panel aus dem Jahr 2000 erklärten lediglich 46,5 % der allein erziehenden im Vergleich zu 72,7 % der verheirateten Männer, dass sie mit ihrem Leben sehr zufrieden oder zufrieden sind. Ähnlich markante Unterschiede zeigen sich in der Zufriedenheit mit dem Lebensstandard (44,2 % gegenüber 69,7 % sind sehr zufrieden oder zufrieden) und mit dem Haushaltseinkommen (27,9 % gegenüber 52,9 %). Im Hinblick auf ihre allgemeine gesundheitliche Situa-

tion unterscheiden sich allein erziehende und verheiratete Väter nicht wesentlich voneinander: 65,1 % der allein erziehenden und 62,3 % der verheirateten Väter schätzen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein. Der Anteil der regelmäßigen Raucher liegt bei den allein erziehenden Männern mit 48,0 % allerdings deutlich über dem Anteil in der Vergleichsgruppe mit 36,2 % (Mikrozensus 1999).

Im Vergleich der Lebenslage allein erziehender Frauen und Männer (unter Berücksichtigung der Herkunft aus den alten bzw. neuen Bundesländern) zeigt sich, dass insbesondere in den alten Bundesländern eine große Diskrepanz zwischen der Lebens- und gesundheitlichen Lage von allein erziehenden Frauen und Männern besteht. In den alten Bundesländern sind voll berufstätige allein erziehende Väter (mit Kindern über 3 Jahren) hinsichtlich des Belastungserlebens, der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens deutlich besser gestellt als berufstätige Mütter. Für die neuen Länder wurde hingegen eine hohe Übereinstimmung zwischen Männer und Frauen gefunden (Schneider et al. 2001).

Insgesamt muss aber kritisch angemerkt werden, dass die Datenlage, sowohl zur gesundheitlichen Lage allein Erziehender als auch insbesondere zur gesundheitlichen Lage allein erziehender Väter, unbefriedigend ist. Aktuelle Studien, die durch ausreichend große Fallzahlen repräsentative Ergebnisse für allein erziehende Väter liefern, gibt es kaum.

7.5 Diskussion

Der Anteil der Ein-Eltern-Familien hat in den vergangenen Jahrzehnten sukzessive zugenommen. Im Jahr 2003 waren 22,3 % aller Familien in den neuen und 15,8 % aller Familien in den alten Bundesländern Ein-Eltern-Familien (1999: 19,0 % vs. 14,1 %). Insbesondere allein erziehende Mütter befinden sich oftmals in einer benachteiligten Lebenslage, was sich unter anderem an einer geringeren Erwerbsbeteiligung, einer höheren Sozialhilfeabhängigkeit und einem niedrigeren Einkommen festmachen lässt. Die nachteiligen Lebensbedingungen und daraus resultierenden psychosozialen Belastungen schlagen sich in einer schlechteren Gesundheit nieder. So leiden allein erziehende im Vergleich zu verheirateten Müttern stärker unter Allgemeinbeschwerden und Beeinträchtigungen ihrer psychischen Befindlichkeit und verhalten sich häufiger gesundheitsriskant. Allerdings sollten allein erziehende Frauen nicht generell als besonders „kranke“ Gruppe eingestuft werden, da ihre Lebenssituation sehr heterogen ist. Allein erziehende Frauen, die über soziale und finanzielle Ressourcen verfügen, schätzen ihre Gesundheit nicht schlechter ein als verheiratete Mütter. Allein erziehende Männer weisen zwar auch Nachteile gegenüber verheirateten Vätern auf,

sind aber sozial deutlich besser gestellt als allein erziehende Mütter. Für eine stärkere Beeinträchtigung der Gesundheit allein erziehender Männer finden sich keine empirischen Belege, wohl aber für ein gesundheitsriskanteres Verhalten.

Die verschiedenen empirischen Befunde zur Gesundheit allein Erziehender machen die enge Verknüpfung von benachteiligter Lebenslage und gesundheitlichen Beeinträchtigungen deutlich. Daraus leitet sich ein nachhaltiger Unterstützungsbedarf, insbesondere für allein erziehende Frauen, ab. Zahlreiche Formen staatlicher Unterstützung stehen allein Erziehenden zur Verfügung, insbesondere die finanziellen Transferleistungen sind für viele Ein-Eltern-Familien von großer Bedeutung. Eine wichtige Transferleistung sind Unterhaltsvorschusszahlungen: Sieben von zehn Kindesunterhaltsberechtigten in Deutschland haben Anspruch auf Unterhaltsvorschuss. Die staatlichen Zahlungen umfassen allerdings nur den Regelbetrag und auch nur maximal sechs Jahre lang, solange das Kind das zwölfte Lebensjahr nicht vollendet hat. Ältere Kinder haben keinen Anspruch auf Unterhaltsvorschuss. Eine weitere finanzielle Unterstützungsmaßnahme stellt der steuerliche Entlastungsbetrag dar (1.308 Euro jährlich), der dem Umstand Rechnung trägt, dass Ein-Eltern-Familien durch einen haushaltsbedingten Mehraufwand eine höhere finanzielle Belastung als Paare mit Kindern haben. Nicht nur allein Erziehende, aber insbesondere auch viele von ihnen, werden den Kinderzuschlag, eine neue familienpolitische Leistung in Höhe von monatlich bis zu 140 Euro je Kind, in Anspruch nehmen. Er wird an erwerbstätige Eltern gezahlt, die mit ihren Einkünften zwar ihren eigenen Unterhalt bestreiten können, aber nicht den ihrer Kinder. Unterstützung bei der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und, damit verbunden, bei der Absicherung der Kinderbetreuung bekommen allein erziehende Sozialhilfeempfänger, die im Rahmen der Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe aus der Sozialhilfe in die neue Leistung Arbeitslosengeld II wechseln. Allein Erziehende, die bislang auf Sozialhilfe angewiesen waren, weil eine ausreichende Kinderbetreuung fehlte, werden von den Neuregelungen profitieren.

Neben finanziellen Transferleistungen stehen für allein Erziehende eine Reihe weiterer Angebote öffentlicher und freier Träger zur Verfügung. Es gibt Angebote zur Freizeitgestaltung für Kinder bzw. für Familien (z.B. Wochenendfreizeiten), Hilfsangebote im psychosozialen Bereich (z.B. Selbsthilfegruppen), Hilfestellung bei der praktischen Alltagsbewältigung (z.B. Kinderbetreuung, sozialpädagogische Familienhilfe), rechtliche Beratung und Informationsveranstaltungen sowie eine Interessenvertretung auf öffentlich-politischer Ebene. Besonders häufig werden von allein Erziehenden auch die Angebote der Jugendämter genutzt. Von allen Unterstützungsangeboten sind die Möglichkeiten der Kinderbetreuung besonders hervorzuheben, da sie den allein Erziehenden die Möglichkeit eröffnet, ihren Lebensunterhalt im Wesentlichen unabhängig von privaten oder staatlichen Transferzahlungen zu bestreiten.

Die Angebote, sowohl zur Betreuung von Kindern unter 3 Jahren als auch von Kindergartenkindern, sind zurzeit in Deutschland deutlich schlechter ausgebaut als in vergleichbaren europäischen Ländern. Positive Impulse für das Betreuungsangebot werden durch das Tagesbetreuungsausbaugesetz (TAG) der Bundesregierung erwartet, dass Anfang 2005 in Kraft getreten ist. Ziel ist es, die Kinderbetreuung im gesamten Bundesgebiet auf ein qualitativ und quantitativ hohes Niveau zu bringen und damit dem internationalen Vergleich standhalten zu können.

Literaturverzeichnis

Bullinger M, Kirchberger I (1998) Der SF-36-Fragebogen zum Gesundheitszustand: Handbuch für die deutschsprachige Fragebogenversion. Hogrefe-Verlag, Göttingen

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2001) Lebenslagen in Deutschland. Erster Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. BMAS, Bonn

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001a) Alleinerziehen in Deutschland - Ressourcen und Risiken einer Lebensform. Dokumentation der Fachtagung 23. Juni 2000 in Berlin. BMFSFJ, Bonn

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend / Statistisches Bundesamt (2003) Wo bleibt die Zeit? Die Zeitverwendung der Bevölkerung in Deutschland 2001/02. BMFSFJ, Bonn

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005) Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. BMGS, Bonn

Helbig S, Lampert T, Jacobi F, Klose M (2005) Is parenthood associated with mental health? Findings from an epidemiological community survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. (Im Druck)

Hoffmann B, Swart E (2002) Selbstwahrnehmung der Gesundheit und ärztliche Inanspruchnahme bei Alleinerziehenden - Ergebnisse des Bundesgesundheits surveys. *Gesundheitswesen* 64, S. 214-223

Krüger D, Micus C (1999) Diskriminiert? Privilegiert? Die heterogene Lebenssituation Alleinerziehender im Spiegel neuer Forschungsergebnisse und aktueller Daten. Staatsinstitut für Familienforschung

Radoschewski M, Bellach B-M (1999) Der SF-36 im Bundes-Gesundheitssurvey - Möglichkeiten und Anforderungen der Nutzung auf der Bevölkerungsebene. *Gesundheitswesen* 61, S. 191-195

Robert Koch-Institut (2003) Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 14. RKI, Berlin

Schneider N, Krüger D, Lasch V, Limmer R, Matthias-Bleck H (2001) Alleinerziehen - Vielfalt und Dynamik einer Lebensform. Schriftenreihe des BMFSFJ Band 199. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln

8 Sozial ungleiche Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen

Bereits im Kindes- und Jugendalter bilden sich gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensmuster heraus, die sich im weiteren Lebenslauf verfestigen und dann nur noch schwer beeinflussbar sind. Frühkindliche Entwicklungsdefizite und Gesundheitsstörungen können am Anfang eines langfristigen Krankheitsgeschehens stehen, das für den Einzelnen mit verminderter Lebensqualität und für die Gesellschaft mit einem hohen Versorgungs- und Kostenaufwand verbunden ist. Im Vergleich zu Erwachsenen und älteren Menschen stellen Kinder und Jugendliche zwar die gesündeste Bevölkerungsgruppe dar. Andererseits zeichnen sich die ersten Lebensphasen durch eine hohe organische wie psychische Vulnerabilität aus, die je nach Relevanz alters- und auch geschlechtsspezifischer Entwicklungsaufgaben und Gesundheitsgefährdungen unterschiedlich zum Tragen kommt. Die Nutzung der Präventionspotenziale im Kindes- und Jugendalter und Förderung eines gesunden Aufwachsens lassen sich deshalb als wesentliche Voraussetzungen für eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung ansehen (Bergmann et al. 2002; Lampert 2004).

Grundlage für die Entwicklung und Umsetzung erfolgreicher Präventionskonzepte ist eine genaue Kenntnis sowohl der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen als auch der gesundheitsrelevanten Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren. Ein besonderes Augenmerk ist dabei auf die gesellschaftliche Ungleichheit zu richten, die sich auf die soziale wie gesundheitliche Entwicklung im Kindes- und Jugendalter in mannigfaltiger Weise auswirkt. Angesichts der Armutsentwicklung in Deutschland und insbesondere der überproportionalen Betroffenheit der jüngsten Bevölkerungsgruppen sollten epidemiologische Analysen und Berichterstattungen immer auch auf spezifische gesundheitsbezogene Problemlagen und Verteilungsungleichheiten in der heranwachsenden Generation hinweisen. Da Kinder aus sozial schwächeren Familien bislang von präventiven und gesundheitsfördernden Programmen schlechter erreicht werden, stellt neben allgemeinen Verbesserungen der Gesundheit auch der Ausgleich sozial ungleich verteilter Gesundheitschancen eine zentrale gesundheitspolitische Herausforderung dar (Lampert, Schenk 2004; Pott, Lehmann 2002).

Bislang fehlt jedoch eine umfassend belastbare Handlungsgrundlage. Trotz zahlreicher Datenquellen existieren gerade zu aus Sicht von Prävention und Gesundheitsförderung relevanten Bereichen, wie z.B. chronische Krankheiten, psychische Gesundheit, Ernährung oder Bewegungsverhalten, erhebliche Informationslücken (Kurth et al. 2002a). Dies wird auch durch einen kürzlich vom Robert Koch-Institut veröffentlichten Schwerpunktbericht zur Kinder- und Jugendgesundheit unterstrichen, der eine umfassende Bestandsaufnahme des der-

zeitigen Wissens- und Forschungsstandes leistet (RKI 2004). Besonders defizitär stellt sich die Datenlage dar, wenn die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen vor dem Hintergrund ihrer sozialen Herkunft sowie ihrer Lebensbedingungen und Teilhabechancen betrachtet werden soll. Nachfolgend werden die bisherigen Erkenntnisse zusammengestellt und unter Berücksichtigung der Ziele und Perspektiven der Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung bewertet. Für das Kindesalter kann dazu unter anderem auf Daten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Landesgesundheitsämter, der Krankenkassen und einzelner repräsentativer Studien zurückgegriffen werden. Aussagen über Jugendliche lassen sich insbesondere anhand der Ergebnisse der Studie „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) treffen.¹

8.1 Lebenslage von Kindern und Jugendlichen

Seit Anfang der 70er Jahre hat der Bevölkerungsanteil der Heranwachsenden infolge eines anhaltenden Anstiegs der Lebenserwartung und Rückgangs der Geburtenhäufigkeit sukzessive abgenommen. Im Jahr 2001 lebten in Deutschland 15,4 Millionen Kinder und Jugendliche im Alter bis 18 Jahre, was einem Anteil von 19 % an der Gesamtbevölkerung entsprach. Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes gehen davon aus, dass der Altersstrukturwandel im Jahr 2050 soweit vorangeschritten sein wird, dass auf jedes Kind und jeden Jugendlichen mindestens zwei Menschen kommen, die 60 Jahre oder älter sind (Statistisches Bundesamt 2000, 2003).

Dass Kinder und Jugendliche zunehmend häufiger von Armut betroffen sind, wird bereits im ersten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (BMAS 2001) wie auch in den letzten Kinder- und Jugendberichten (BMFSFJ 1998, 2002) hervorgehoben. Geht man vom äquivalenzbilanzierten Haushaltsnettoeinkommen aus und legt die Bedarfsgewichtung nach der „Neuen OECD-Skala“ zugrunde, dann lag die Armutsrisikoquote² in der Gruppe der bis 15-Jährigen im Jahr 2003 bei 15 % (BMGS 2005) und hat damit seit Anfang der 80er Jahre sukzessive zugenommen. Da die Armut in der Bevölkerung im Erwerbsalter nicht im gleichen Umfang gestiegen ist und bei älteren Menschen lange Zeit sogar ein Rückgang der ehemals sehr hohen Armutsbetroffenheit zu beobachten war, wird bisweilen von einer „Infantilisierung der Armut“ in Deutschland gesprochen. Das höchste Armutsrisiko tragen Kinder mit zwei

¹ Die in diesem Kapitel präsentierten Ergebnisse der HBSC-Studie entstammen einer Sonderauswertung, die an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld im Auftrag des Robert Koch-Institutes durchgeführt wurde (Richter, Hurrelmann 2004; vgl. Richter 2005).

² Armutsrisikogrenze 60% des Medians der laufend verfügbaren Äquivalenzeinkommen

oder mehr Geschwistern, Kinder von allein erziehenden Müttern sowie Kinder mit Migrationshintergrund (BMAS 2001, BMGS 2005).

Die finanziellen Engpässe des Haushalts wirken sich auf die Heranwachsenden in mannigfaltiger Art aus: Sie leben in kleineren und schlechter ausgestatteten Wohnungen, ihr Wohnumfeld bietet weniger Spiel- und Freizeitmöglichkeiten, sie fahren seltener in den Urlaub, erhalten weniger Taschengeld und können sich kostspielige Kleidung, Hobbys, Freizeitmittel und -aktivitäten oftmals nicht leisten. Angesichts des allgemein hohen Wohlstands nehmen in Armut aufwachsende Kinder und Jugendliche ihre eigene unterprivilegierte Lebenssituation besonders stark wahr, weil sie ihre Ansprüche und Bedürfnisse überwiegend an Standards ausrichten, die von Gleichaltrigen aus einkommensstärkeren Haushalten gesetzt werden. Als besonders schmerzlich empfunden werden die geringeren finanziellen Mittel, wenn sie mit innerfamiliären Konflikten und Ausgrenzungserfahrungen in der Gleichaltrigengruppe, z.B. im Freundeskreis, in der Schule oder in Vereinen, einhergehen (Hurrelmann 2000; Lampert et al. 2002).

Ein Aufwachsen in Armut erschwert es Kindern, ein positives Selbstwertgefühl und soziale Kompetenzen auszubilden. Damit vermindert sich die Fähigkeit, belastende Situationen und Konflikte zu bewältigen oder zu kompensieren und später ein selbst bestimmtes, an selbst gewählten Zielen orientiertes Leben zu führen. Die eigenen Zukunftsaussichten, z.B. in Bezug auf den späteren Beruf, werden pessimistischer eingeschätzt. Eine benachteiligte Lebenslage in der Kindheit bedeutet so gesehen einen schlechten Start ins Leben mit nachhaltigen Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Heranwachsenden. Die Eltern können dem entgegensteuern, wenn es ihnen trotz knapper finanzieller Ressourcen gelingt, ein positives Familienklima herzustellen und den Kindern Entwicklungs- und Erfahrungsanreize zu schaffen. Ebenso können positive Erfahrungen im Kreis von Freunden und Mitschülern dazu beitragen, die Folgen von Armut auf die Gesundheit abzumildern. Wie aktuelle Forschungen belegen, ist das „soziale Kapital“, das sich sowohl an der familiären Einbindung und Unterstützung als auch an der Integration in soziale Netzwerke außerhalb der Familie festmacht, für Kinder und Jugendliche eine unverzichtbare Ressource bei der Entwicklung der eigenen Identität, Einübung gesellschaftlicher Rollen, Neudefinition sozialer Beziehungen, Habitualisierung von Verhaltensweisen und der Bewältigung von Krisen und Konflikten (Klocke, Becker 2002, 2003).

8.2 Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit von ihrer Lebenslage

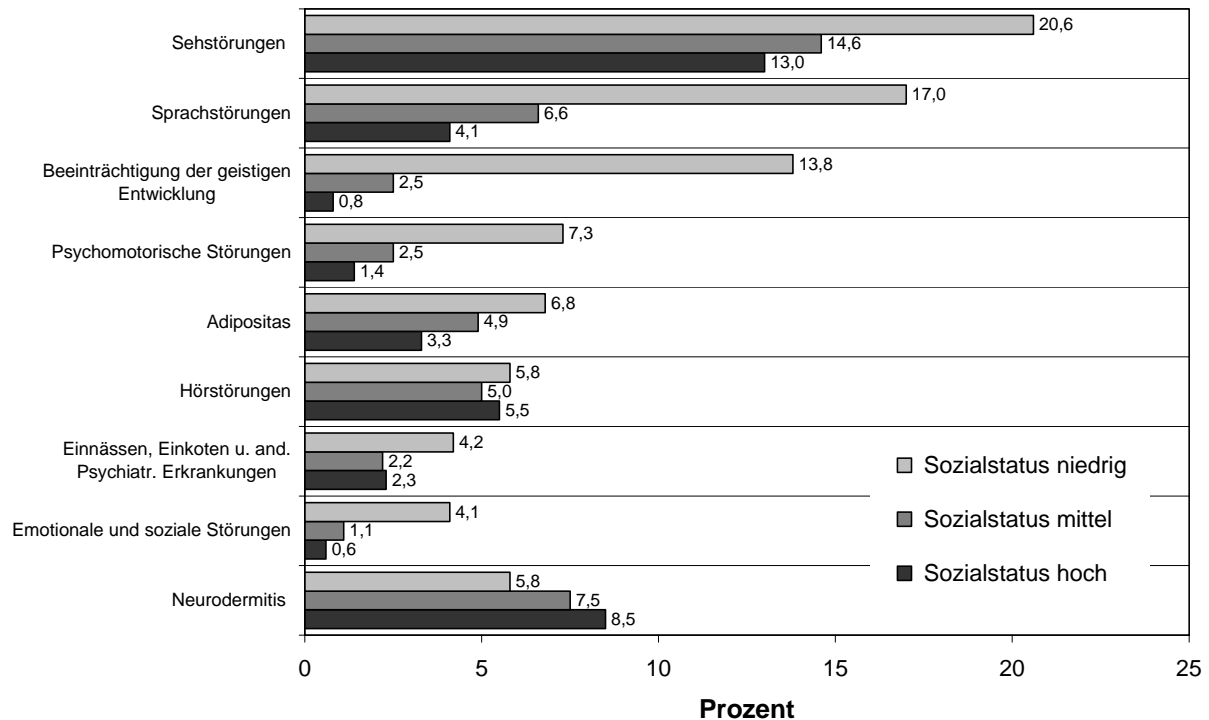
Die gesundheitlichen Auswirkungen von Armut und sozialer Benachteiligung bei Kindern und Jugendlichen werden zunächst im Hinblick auf Entwicklungsstörungen und Krankheiten, Unfälle und Verletzungen, die Mund- und Zahngesundheit, das psychische Wohlbefinden sowie die Teilnahme an Krankheitsfrüherkennung und Prävention beschrieben. Anschließend wird auf Zusammenhänge zwischen der Lebenslage und dem Gesundheitsverhalten eingegangen. Nicht thematisiert wird die sozial differenzielle Sterblichkeit im Kindes- und Jugendalter, weil für Deutschland keine aussagekräftigen Informationen verfügbar sind. In Großbritannien, Schweden und den Vereinigten Staaten durchgeführte Studien sprechen dafür, dass Todesfälle im Kindesalter mit dem Sozialstatus der Eltern assoziiert sind, während sich im Jugendalter nur sehr schwache Zusammenhänge zeigen (West 1988; Blane et al. 1994; Ostberg, Vagerö 1991).

Entwicklungsstörungen und Krankheiten

In Deutschland werden Kinder vor ihrer Einschulung in der Regel vom Öffentlichen Gesundheitsdienst medizinisch untersucht, um **Entwicklungsverzögerungen** und Gesundheitsstörungen zu ermitteln und gegebenenfalls eine Behandlung einzuleiten. Da in einigen Bundesländern auch Angaben zur Schulbildung und zum Erwerbsstatus der Eltern erhoben werden, lässt sich der Gesundheitszustand der Einschüler und Einschülerinnen im Zusammenhang mit ihrer sozialen Herkunft betrachten. Wie die Ergebnisse der Brandenburger Einschulungsuntersuchungen aus dem Jahr 2002 belegen, werden Beeinträchtigungen, von denen sich ein medizinischer Handlungsbedarf ableiten lässt, häufiger bei Kindern aus sozial schwächeren Familien festgestellt. Hierzu zählen u.a. Sehstörungen, Sprachauffälligkeiten, psychomotorische Defizite, Adipositas, Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung, psychiatrische Erkrankungen sowie emotionale und soziale Störungen. Eine Ausnahme stellt Neurodermitis dar, die häufiger bei sozial besser gestellten Kindern auftritt (Böhm et al. 2003; Abbildung 8.1).

Abbildung 8.1
Medizinisch relevante Befunde bei Einschülern und Einschülerinnen nach Sozialstatus

Quelle: Brandenburger Einschulungsuntersuchungen 2002 (Böhm et al. 2003)



Neben Neurodermitis kommen auch andere **atopische Erkrankungen**, wie z.B. Heuschnupfen, Pseudokrapp und Asthma, vermehrt in den höheren Statusgruppen vor (Heinrich et al. 1998; Wichmann et al. 1990). Unter Berücksichtigung des Schweregrades muss aber zumindest für Asthma ein differenziertes Bild gezeichnet werden. So konnte im Rahmen der 1989/90 durchgeführten Münchner Asthma- und Allergiestudie, an der etwa 4.500 Kinder im Alter zwischen 9 und 11 Jahren teilnahmen, gezeigt werden, dass Kinder von Eltern mit höherer Schulbildung zwar häufiger unter leichten Ausprägungsformen von Asthma litten, schweres Asthma mit 10 und mehr Anfällen im Jahr fand sich hingegen eher bei Kindern von Eltern mit niedriger Schulbildung (Mielck et al. 1996).

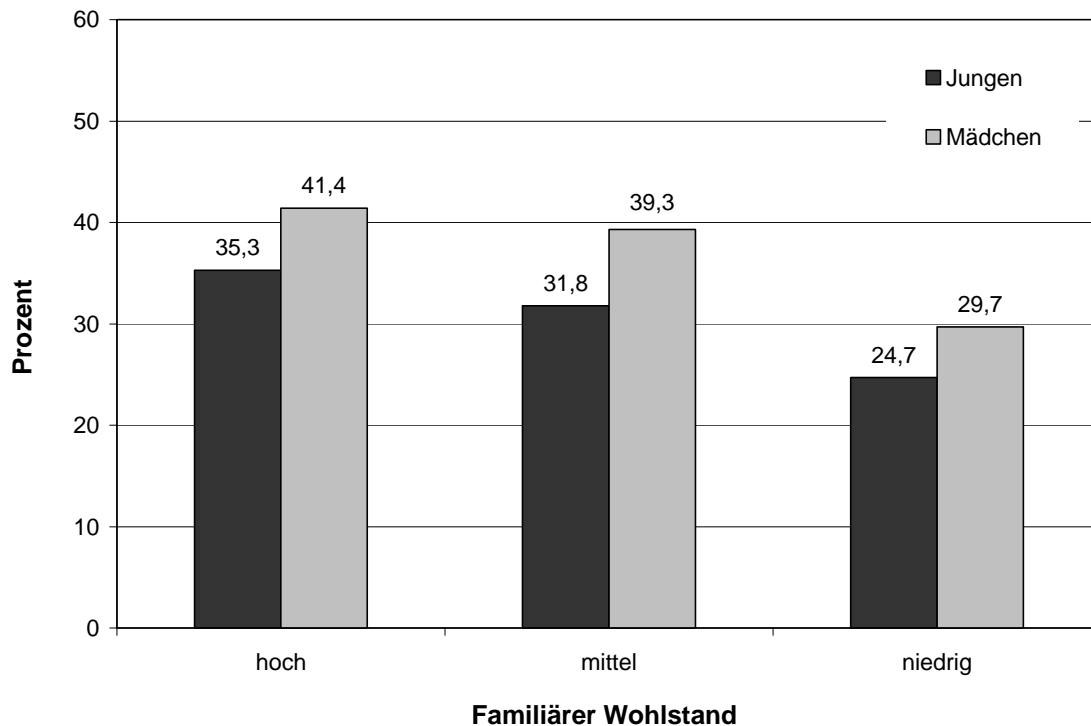
Auch im Jugendalter zählen atopische Erkrankungen zu den am stärksten verbreiteten chronischen Gesundheitsproblemen. In der HBSC-Studie gaben 34,5 % der 11- bis 15-jährigen Jungen und 40,6 % der gleichaltrigen Mädchen an, eine Allergie zu haben. Am häufigsten genannt wurden Hausstauballergie (Jungen: 14,5 %; Mädchen: 13,6 %), Allergie gegen Tierhaare oder Federn (Jungen: 10,6 %; Mädchen: 10,5 %) sowie Allergie gegen bestimmte Nahrungsmittel (Jungen: 5,5 %; Mädchen: 9,8 %). Wie Abbildung 8.2 verdeutlicht, sind Jungen und Mädchen aus sozial besser gestelltem Elternhaus – gemessen über den familiären

Wohlstand³ – häufiger von einer Allergie betroffen als die Gleichaltrigen aus vergleichsweise unterprivilegierten Gruppen. Besonders stark ausgeprägt sind diese Unterschiede im Hinblick auf Heuschnupfen, Neurodermitis und Tierhaarallergie (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2003).

Abbildung 8.2

Einfluss des familiären Wohlstandes auf das Auftreten von Allergien (mindestens eine Allergie)

Datenbasis: HBSC-Studie 2002



Daneben liegen für Deutschland lediglich zwei Studien vor, die sich auf der Basis bevölkerungsrepräsentativer Daten mit der sozial ungleichen Verteilung spezifischer Krankheiten und Beschwerden in der heranwachsenden Generation befassen. Sekundäranalysen von Daten der „Biogramm-Forschung“, die sich auf Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 12 bis 39 Jahre beziehen, weisen Einkommensarmut als Einflussgröße der Krankheitsbelastung aus. Ein Einkommen unter 50 % des durchschnittlichen Nettoäquivalenzeinkommens geht demnach mit einer höheren Auftretenswahrscheinlichkeit von Beeinträchtigungen des Herz-Kreislaufsystems, rheumatischen Erkrankungen, chronischer Bronchitis und Lungenerkrankungen einher.

³ Der familiäre Wohlstand wird über die so genannte „Family Affluence Scale“ ermittelt, die auf Angaben zur Anzahl der Autos in der Familie (0, 1, 2 oder mehr), Anzahl der Urlaubsreisen in den letzten 12 Monaten (0, 1, 2 oder mehr), eigenes Zimmer des Jugendlichen (nein=0, ja=1) sowie der Anzahl der Computer im Haushalt (0, 1, 2 oder mehr) basiert. Aus den Antworten der Jugendlichen wird ein Punktscore errechnet (0 bis 7 Punkte), um anschließend drei Wohlstandsgruppen abzugrenzen: niedriger (0-3 Punkte), mittlerer (4-5 Punkte) und hoher (6-7 Punkte) familiärer Wohlstand (Richter, Hurrelmann 2004; Richter 2005).

Dies lässt sich allerdings erst im jungen Erwachsenenalter beobachten. In der Gruppe der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen konnten keine Unterschiede zwischen der Armuts- und der nicht-armen Vergleichsgruppe festgestellt werden (Elkeles et al. 1998).

In der zweiten Studie, die auf Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 basiert, wurde der Einfluss der Schulbildung auf das Vorkommen **chronischer Krankheiten** und Beschwerden bei 18- bis 29-Jährigen untersucht. Für die meisten der insgesamt 11 Krankheitsgruppen, die in dieser Altersgruppe mit einer Prävalenz von über 3 % vorkamen, zeigten sich nur sehr schwache oder keine Zusammenhänge zum höchsten allgemein bildenden Schulabschluss. Männer mit niedrigem Bildungsniveau waren lediglich von Bluthochdruck häufiger betroffen, wohingegen die Prävalenz von Allergien mit zunehmendem Bildungsgrad anstieg. Bei Frauen kommt Migräne häufiger in den unteren Bildungsgruppen vor. Der Anteil von Personen, die unter drei und mehr Krankheiten leiden, stieg mit abnehmendem Bildungsstatus bei beiden Geschlechtern leicht an (Helmert et al. 2001).

Eine weitere Annäherung an die sozial ungleich verteilte Krankheitslast ermöglicht eine Auswertung von Daten der AOK-Mettmann aus den Jahren 1987 bis 1995. Untersucht wurde, inwieweit **Krankenhauseinweisungen** und die zugrunde liegenden Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen im Alter bis 15 Jahre mit dem Berufsstatus der Hauptversicherten variieren (Geyer et al. 2002). Für Erkrankungen der oberen Luftwege (ICD9 470-478) konnten keine Unterschiede festgestellt werden. Allerdings wurden Kinder aus den unteren Statusgruppen länger im Krankenhaus behandelt, was auf einen höheren Schweregrad der Erkrankung schließen lässt. Für akute Infektionen der Atmungsorgane (ICD9 460-466) zeigt sich ein ähnliches Muster, wenn Kinder aus der niedrigsten mit Gleichaltrigen aus der höchsten Statusgruppe verglichen werden. Bezogen auf chronisch obstruktive Lungenkrankheit (ICD9 490-496), Pneumonie und Grippe (ICD9 480-487) sowie Neurosen, nicht klassifizierbare depressive Zustandsbilder, spezifische emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters (ICD9 300, 311, 313) ließen sich weder in Bezug auf Krankenhauseinweisungen noch Verweildauern im Krankenhaus bedeutsame Unterschiede beobachten.

Unfälle und Verletzungen

Unfälle und daraus resultierende Verletzungen stellen im Kindes- und Jugendalter den häufigsten Einweisungsgrund in ein Krankenhaus und die mit Abstand bedeutendste Todesursache dar. Dass Kinder aus sozial benachteiligten Verhältnissen einem höheren Unfall- und Verletzungsrisiko unterliegen, wird unter anderem durch die Einschulungsuntersuchungen

des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bestätigt: Von den im Jahr 2000 untersuchten Einschülern und Einschülerinnen in Brandenburg hatten insgesamt 15,4 % in den ersten Lebensjahren eine **Unfallverletzung** erlitten. Soziale Unterschiede zeigten sich vor allem bei Verkehrsunfällen und Verbrennungen mit einem etwa doppelt so hohen Vorkommen in den benachteiligten Gruppen (Ellsäßer et al. 2002).

Auskunft über unfallbedingte Krankenhausaufenthalte bei Kindern und Jugendlichen gibt eine Auswertung von Daten der AOK-Mettmann aus den Jahren 1987 bis 1996. Das höchste Risiko für eine Krankenhausbehandlung infolge eines Unfalls zeigte sich bei Kindern von un- und angelernten Arbeitern. Von einem sozialen Gradienten kann jedoch nicht ausgegangen werden, weil zwischen den höheren Berufsstatusgruppen nur sehr geringe Unterschiede bestanden. Das höhere Unfallrisiko der Kinder von un- und angelernten Arbeitern zeigt sich vor allem bei den bis 10-Jährigen. In der Altersgruppe der 11- bis 16-Jährigen fallen die Unterschiede schwächer aus und sind statistisch nicht signifikant. Da nur Unfälle einbezogen wurden, auf die eine Krankenhausversorgung folgte und zudem die Angehörigen der höheren Berufsstatusgruppen seltener in der AOK versichert sind, lässt sich angesichts der erzielten Ergebnisse eher von einer Unter- als Überschätzung der Ungleichverteilung des Unfallrisikos ausgehen (Geyer, Peter 1998).

In der HBSC-Studie wurde untersucht, wie häufig die Jugendlichen in den vorausgegangenen 12 Monaten aufgrund einer **Verletzung** von einem Arzt oder Sanitäter behandelt worden sind. Fast 60 % der Jungen und 50 % der Mädchen gaben an, wenigstens eine behandlungsbedürftige Verletzung gehabt zu haben. 32 % der Jungen und 26 % der Mädchen mussten zweimal oder häufiger versorgt werden. Zwischen dem Berufsstatus der Eltern und der Unfallhäufigkeit zeigten sich keine bedeutsamen Zusammenhänge. Haupt- oder Realschüler bzw. Haupt- oder Realschülerinnen hatten häufiger zwei oder mehr Unfälle als Gymnasiasten und Gymnasiastinnen (Jungen: 35,6 % gegenüber 27,4 %; Mädchen: 27,6 % gegenüber 22,9 %).⁴

Mund- und Zahngesundheit

Die Mund- und Zahngesundheit stellt einen eigenständig zu betrachtenden Aspekt der Gesundheit im Kindes- und Jugendalter dar. Beeinträchtigungen können mit Schmerzen ver-

⁴ Da die Schulsysteme in den an der HBSC-Studie beteiligten Länder (Nordrhein-Westfalen, Hessen, Sachsen und Berlin) unterschiedlich strukturiert sind, lassen sich Schulformvergleiche nur eingeschränkt anstellen. Unterschieden wird zwischen Gymnasium und anderen Schulformen, zu denen neben Haupt- und Realschule auch die Berliner Grundschule und sächsische Mittelschule zählen.

bunden sein, das Kauvermögen vermindern, Zahn- und Kieferfehlstellungen hervorrufen sowie die Sprechweise beeinflussen. Bundesweit repräsentative Daten liegen einzig aus der Deutschen Mundgesundheitsstudie vor, die im Jahr 1997 zum dritten Mal nach 1989 (nur alte Bundesländer) und 1992 (nur neue Bundesländer) durchgeführt wurde. Die höchste **Kariesprävalenz** – gemessen über den DMFT-Index⁵ – wird für Jugendliche berichtet, deren Eltern einen mittleren Schulabschluss besaßen. Zwölfjährige Jungen und Mädchen, deren Eltern einen Hauptschul- oder keinen Abschluss hatten, wiesen einen höheren Kariesbefall auf als Gleichaltrige von Eltern mit Abitur oder Fachhochschulreife (Tabelle 8.1). Dieses Ergebnis bleibt erhalten, wenn statt der Schulbildung der Eltern die berufliche Stellung des Vaters oder der von den Jugendlichen besuchte Schultyp als Indikator für den Sozialstatus herangezogen wird. In Bezug auf die **Parodontitisprävalenz** konnte in der Deutschen Mundgesundheitsstudie festgestellt werden, dass bei Jugendlichen schwere Formen wie Gingivitis und Parodontalerkrankungen mit einem niedrigen Bildungsstatus der Eltern assoziiert sind (Schiffner, Reich 1999).

Tabelle 8.1

Kariesbefall bei 12-Jährigen nach Schulbildung der Eltern (Angaben in %)

Quelle: Deutsche Mundgesundheitsstudie 1997 (Schiffner, Reich 1999)

	Schulabschluss			Chi ² -Test
	niedrig	mittel	hoch	
DMFT = 0	44,7	34,4	50,2	p<0,001
DMFT 1-2	26,2	30,9	26,3	
DMFT >2	29,1	34,7	23,5	

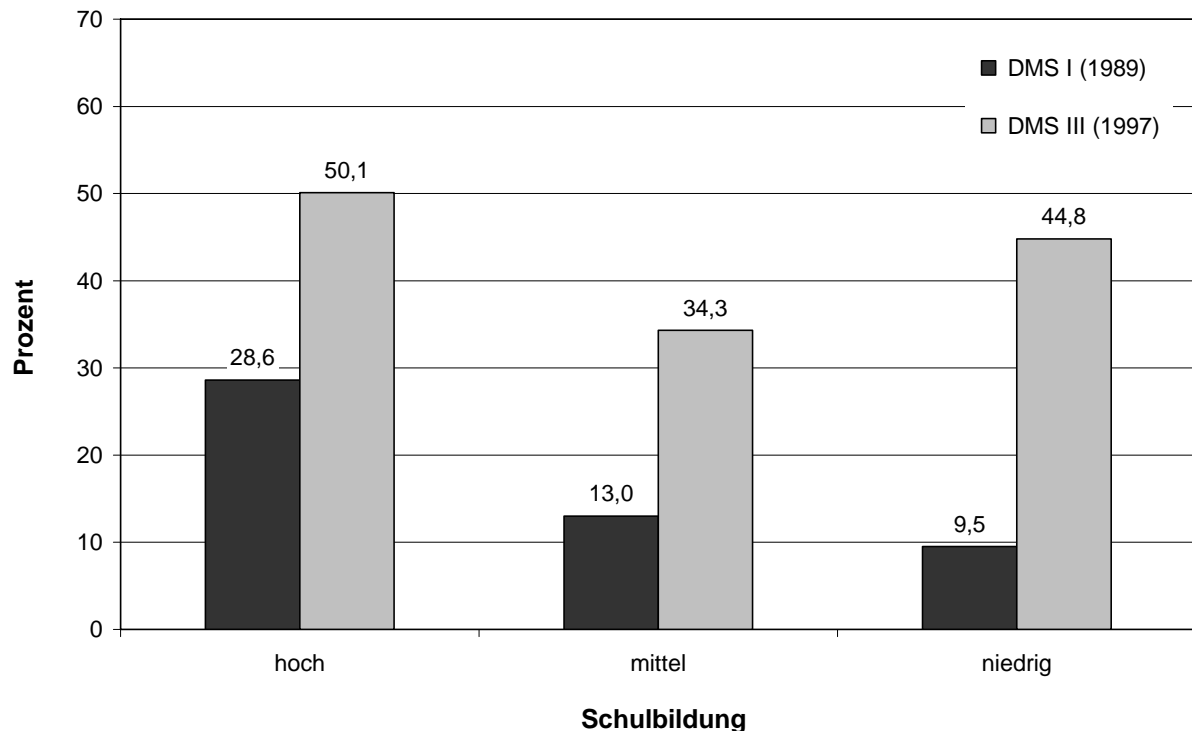
DMFT-Index = Anzahl der kariös zerstörten (Decayed), wegen Kariesbefall entfernten (Missing) oder gefüllten (Filled) Zähne (Teeth).

Der Vergleich mit den vorangegangenen Mundgesundheitsstudien weist auf eine erhebliche Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit bei Jugendlichen hin. Diese Entwicklung lässt sich für alle Statusgruppen feststellen, am deutlichsten profitiert haben aber offenbar die Jugendlichen der niedrigsten Bildungsgruppen. Im Zuge dessen fallen die sozialen Unterschiede schwächer aus als noch 1989, was sich auch daran festmachen lässt, dass inzwischen die Jugendlichen der mittleren Bildungsgruppe die schlechteste Zahngesundheit aufweisen (Abbildung 8.3; Schiffner, Reich 1999).

⁵ Berichtet werden DMFS- und DMFT-Werte: DMFS = kariös zerstörte Zahnflächen (Decayed), auf Grund von Karies fehlende Zähne (Missing) und gefüllte Zahnflächen (Filled). „S“ (Surfaces) zeigt an, dass der Befund zahnflächenbezogen ermittelt wurde. Aus den erhobenen Daten wird der zahnbezogene DMFT-Index (Teeth) ermittelt (Schiffner, Reich 1999).

Abbildung 8.3
Anteil naturgesunder Gebisse bei 12-Jährigen nach Schulbildung der Eltern

Quelle: Deutsche Mundgesundheitsstudien (DMS) 1989 und 1997 (Schiffner, Reich 1999)



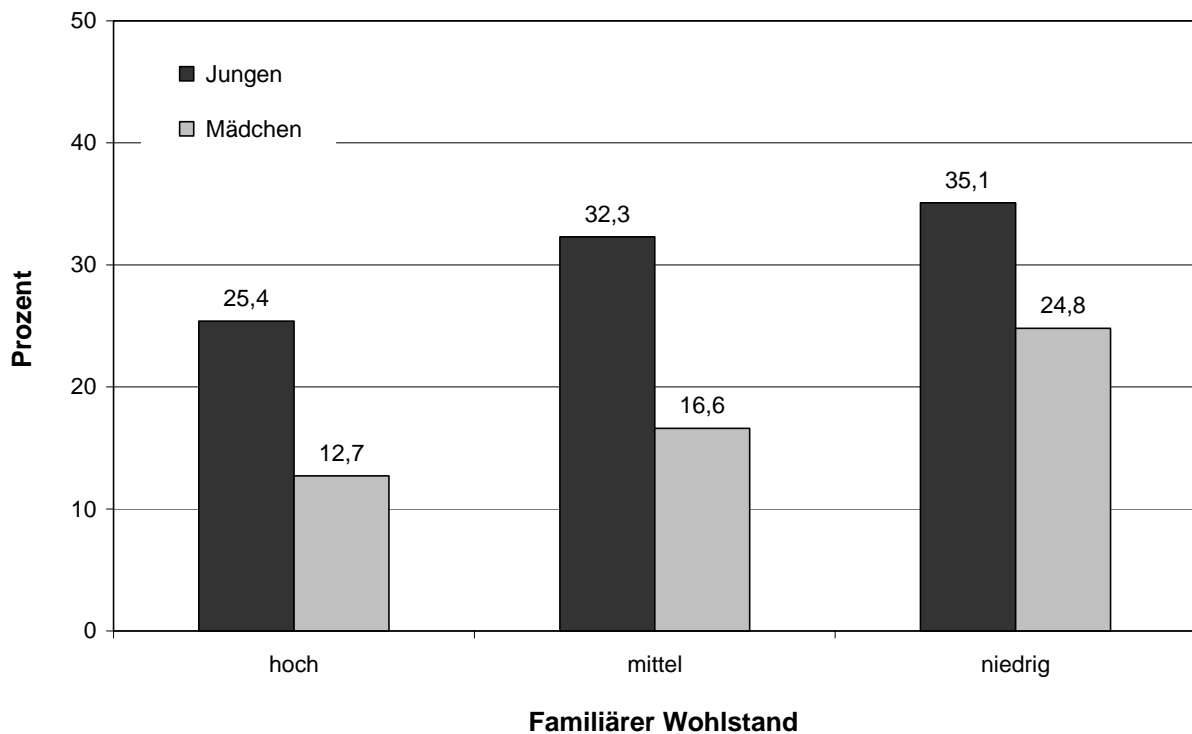
Die Mund- und Zahngesundheit steht im engen Zusammenhang mit der **Zahnpflege** der Jugendlichen. Die Ergebnisse der HBSC-Studie sprechen dafür, dass sozial benachteiligte Jugendliche häufiger die Zahnpflege vernachlässigen: Mädchen mit niedrigem familiären Wohlstand vernachlässigen im Vergleich zu Mädchen aus der begünstigten Gruppe mehr als doppelt so oft die Zahnpflege (bei statistischer Kontrolle des Alterseffekts)⁶. Bei Jungen liegt dieses Verhältnis bei 1,6:1 (Abbildung 8.4). Unterschiede zeigen sich auch im Hinblick auf die von den Jugendlichen besuchte Schulform: Gymnasiasten vernachlässigen im Vergleich zu Haupt- und Realschülern seltener die Zahnpflege (Jungen: 24,1 % gegenüber 32,5 %; Mädchen: 12,9 % gegenüber 19,2 %).

⁶ Da in der HBSC-Studie Jugendliche im Alter zwischen 11 und 15 Jahren befragt werden, empfiehlt es sich, den Einfluss des Alters statistisch zu kontrollieren. Die Angaben beziehen sich deshalb auf altersadjustierte Odds Ratios, die im Rahmen von logistischen Regressionen ermittelt wurden und besagen, um welchen Faktor die Chance für ein Ereignis, z.B. die Vernachlässigung der Zahnpflege, in der betrachteten Gruppe im Verhältnis zur entsprechenden Chance in der Referenzgruppe erhöht ist.

Abbildung 8.4

Einfluss des familiären Wohlstandes auf das regelmäßige Zähneputzen (seltener als zweimal am Tag)

Datenbasis: HBSC-Studie 2002



Psychisches Wohlbefinden

Gerade weil Kinder und Jugendliche eine weitgehend gesunde Bevölkerungsgruppe darstellen und sich nachteilige Lebensbedingungen oftmals erst im höheren Lebensalter in schwer wiegenden Krankheiten und Behinderungen niederschlagen, ist eine Betrachtung des psychischen Wohlbefindens der Heranwachsenden, das auch Aspekte der subjektiven Gesundheitswahrnehmung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität beinhaltet, angezeigt. Hierzu kann unter anderem auf Daten der HBSC-Studie zur Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes, zur mentalen Gesundheit und zu psychosomatischen Beschwerden zurückgegriffen werden.

Die große Mehrzahl der 11- bis 15-jährigen Jugendlichen beschreibt den **eigenen Gesundheitszustand** auf einer vierstufigen Skala als ausgezeichnet oder gut. Lediglich 11,6 % der Jungen und 18 % der Mädchen gaben an, dass ihre Gesundheit weniger gut oder schlecht ist. Die Beurteilung der Gesundheit variiert dabei je nach familiärem Wohlstand: Jungen aus der niedrigsten Wohlstandsgruppe gelangen 1,6-mal häufiger als Jungen aus der höchsten Wohlstandsgruppe zu einer eher schlechten Gesundheitseinschätzung. Bei Mädchen beträgt

dieses Verhältnis etwa 2:1. Der Berufsstatus der Eltern spiegelt sich nur bei Mädchen in der Wahrnehmung der eigenen Gesundheit wieder (Tabelle 8.2).

Tabelle 8.2

Einfluss des Berufsstatus der Eltern und des familiären Wohlstandes auf die Selbsteinschätzung der allgemeinen Gesundheit als „weniger gut“ oder „schlecht“

Datenbasis: HBSC-Studie 2002

	Selbsteinschätzung der Gesundheit					
	Jungen			Mädchen		
	%	OR	95 %-KI	%	OR	95 %-KI
Beruflicher Status der Eltern						
hoch (Ref.)	9,3	1,00		13,8	1,00	
mittel	9,5	1,03	0,68-1,56	19,1	1,43	1,06-2,09
niedrig	11,8	1,34	0,89-2,02	21,3	1,98	1,22-2,43
Familiärer Wohlstand						
hoch (Ref.)	9,2	1,00		15,0	1,00	
mittel	12,0	1,37	1,00-1,88	19,9	1,43	1,10-1,86
niedrig	13,8	1,64	1,07-2,50	25,8	1,98	1,45-2,71

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref.=Referenzkategorie

Ein ähnliches Verteilungsmuster lässt sich in Bezug auf die **mentale Gesundheit** feststellen, die in der HBSC-Studie mit Hilfe einer 10 Items umfassenden Skala erhoben wurde. Die 10 Items, die sich neben dem mentalen und sozialen Befinden auch auf den Selbstwert der Befragten beziehen, wurden dabei zu einem globalen Messwert zusammengefasst (Ravens-Sieberer et al. 2003). In Tabelle 8.3 ist der Anteil der Jungen und Mädchen in verschiedenen Berufsstatus- und Wohlstandsgruppen dargestellt, der dem Viertel mit der schlechtesten mentalen Gesundheit zuzurechnen ist. Demnach sind Mädchen nicht nur häufiger in ihrer mentalen Gesundheit beeinträchtigt als Jungen, bei ihnen zeichnen sich auch die sozioökonomischen Unterschiede deutlicher ab.

Tabelle 8.3
Der Einfluss des Berufsstatus der Eltern und des familiären Wohlstands auf die mentale Gesundheit von Jugendlichen

Datenbasis: HBSC-Studie 2002

	Mentale Gesundheit					
	Jungen			Mädchen		
	%	OR	95 %-KI	%	OR	95 %-KI
Beruflicher Status der Eltern						
hoch (Ref.)	15,4	1,00		26,4	1,00	
mittel	12,9	0,81	0,57-1,15	33,6	1,42	1,08-1,87
niedrig	17,0	1,13	0,81-1,59	30,9	1,26	0,95-1,67
Familiärer Wohlstand						
hoch (Ref.)	13,5	1,00		25,6	1,00	
mittel	15,4	1,17	0,89-1,54	34,1	1,52	1,22-1,90
niedrig	19,4	1,56	1,08-2,26	38,5	1,83	1,39-2,41

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref.=Referenzkategorie

Mit dem Begriff **psychosomatische Beschwerden** werden physische Symptome beschrieben, bei deren Entstehung und Verlauf psychische Faktoren eine wesentliche Rolle spielen. Zur Erfassung derartiger Beschwerden wurde in der HBSC-Studie eine Symptomcheckliste eingesetzt, anhand derer die Jugendlichen angeben sollten, wie häufig bei ihnen in den vergangenen sechs Monaten folgende Symptome aufgetreten sind: Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, allgemeines Unwohlsein, Gereiztheit oder schlechte Laune, Nervosität, Einschlafstörungen sowie Benommenheit oder Schwindel (Ravens-Sieberer et al. 2003). Aus Tabelle 8.4 sind Zusammenhänge zwischen den Sozialindikatoren und dem wöchentlichen Auftreten von zwei oder mehr dieser Beschwerden zu ersehen. Wie bei der Selbsteinschätzung der allgemeinen Gesundheit und der mentalen Gesundheit bestätigt sich, dass Mädchen stärker beeinträchtigt sind als Jungen. Auch in Bezug auf den Einfluss der Sozialindikatoren zeigt sich ein vergleichbares Zusammenhangsmuster, so dass abschließend festgestellt werden kann, dass bei Jungen vor allem ein geringer familiärer Wohlstand das psychische Wohlbefinden beeinträchtigt, während bei Mädchen zusätzlich der Berufsstatus der Eltern von Bedeutung ist.

Tabelle 8.4
Der Einfluss des Berufsstatus der Eltern und des familiären Wohlstands auf psychosomatische Beschwerden von Jugendlichen (zwei oder mehr wöchentliche Beschwerden)

Datenbasis: HBSC-Studie 2002

	Psychosomatische Beschwerden					
	Jungen			Mädchen		
	%	OR	95 %-KI	%	OR	95 %-KI
Beruflicher Status der Eltern						
hoch (Ref.)	14,1	1,00		17,0	1,00	
mittel	11,8	0,81	0,57-1,16	23,2	1,48	1,08-2,02
niedrig	15,2	1,06	0,75-1,51	28,2	1,92	1,41-2,63
Familiärer Wohlstand						
hoch (Ref.)	13,2	1,00		19,6	1,00	
mittel	12,9	0,96	0,72-1,28	24,5	1,33	1,05-1,69
niedrig	19,6	1,58	1,10-2,28	34,4	2,15	1,62-2,85

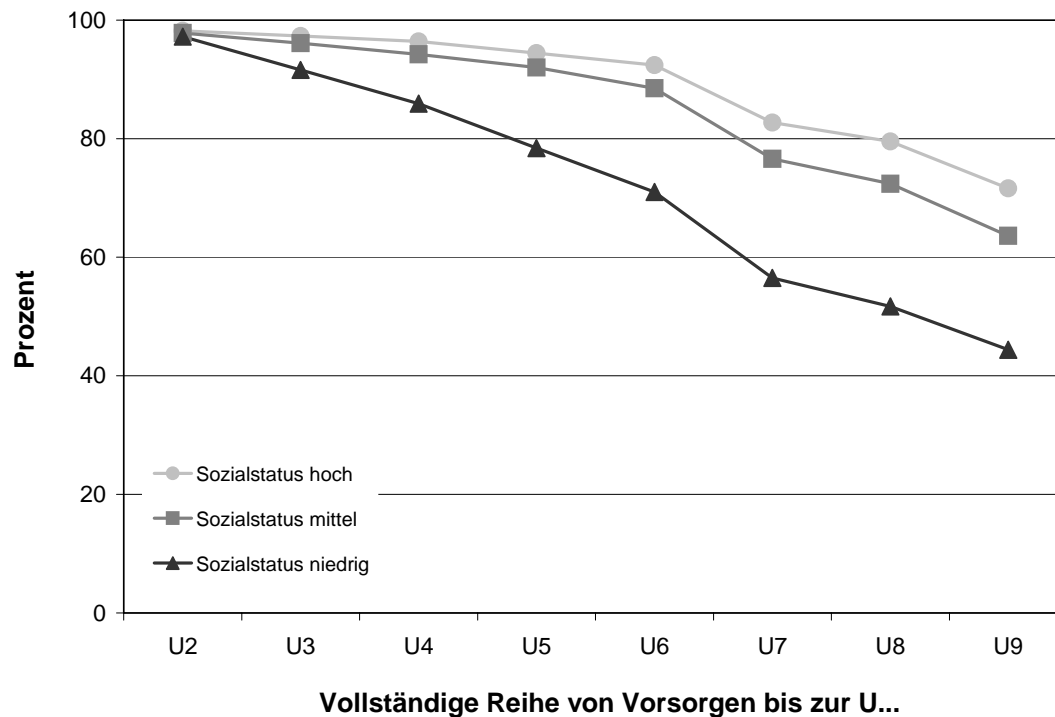
%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio;
Ref.=Referenzkategorie

Teilnahme an Krankheitsfrüherkennung und Prävention

Während die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen in erster Linie etwas über die Krankheitsbelastung und den Hilfebedarf aussagt, lässt die Teilnahme an vorbeugenden Maßnahmen, z.B. Krankheitsfrüherkennung oder Schutzimpfungen, Rückschlüsse auf gesundheitsbezogene Einstellungen und Überzeugungen zu. In Deutschland gibt es seit 1971 ein **Krankheitsfrüherkennungsprogramm** für Kinder, das zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (§ 26 SGB V) gehört. Das Programm umfasst insgesamt 10 Untersuchungen, von denen neun im Kindesalter (U1-U9) und die zehnte zwischen dem 11. und 15. Lebensjahr (J1) durchgeführt wird. Die Teilnahme ist hoch und lag im Jahr 2001 bezogen auf die U1 bis U7, die innerhalb der ersten 24 Lebensmonate angesiedelt sind, bundesweit bei jeweils über 90 %. Bei der U8 (43.-48. Lebensmonat) und der U9 (60.-64. Lebensmonat) fällt sie mit 82,6 % bzw. 79,1 % deutlich geringer aus (Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung 2002; RKI 2004). Die J1, die erst seit 1997 zum Leistungskatalog zählt, wird Schätzungen zufolge lediglich von 20-30 % der Jugendlichen in Anspruch genommen (Altenhofen 2002).

Abbildung 8.5
Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen in Abhängigkeit vom Sozialstatus

Quelle: Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen 1999 (Delekat, Kis 2001)



Aktuelle Daten zur sozial unterschiedlichen Teilnahme am Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder liegen aus den Einschulungsuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes vor. So lässt sich anhand von Daten der Berliner Einschüler und Einschülerinnen im Jahr 1999 belegen, dass bereits die ersten Vorsorgeuntersuchungen von Kindern aus den unteren Sozialschichten seltener wahrgenommen werden. Wie Abbildung 8.5 verdeutlicht, nehmen diese Unterschiede – bezogen auf vollständige Untersuchungsreihen bis zum jeweiligen Untersuchungspunkt – im Verlauf der Vorsorgen weiter zu.

Bei der Vermeidung von Krankheiten kommt **Schutzimpfungen** aufgrund ihrer Effektivität und der günstigen Risiko-Nutzen-Abwägung ein hoher Stellenwert zu. In Deutschland sind die Durchimpfungsraten bei Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen. In den Jahren 2000 bis 2002 waren bundesweit 96 % der Einschüler und Einschülerinnen gegen Diphtherie, 97 % gegen Tetanus, 87 % gegen Pertussis, 95 % gegen Kinderlähmung, 87 % gegen Hib und 67 % gegen Hepatitis grundimmunisiert (RKI 2004). Unbefriedigend ist nach wie vor der Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln, da viele Kinder nicht die für einen vollständigen Impfschutz erforderliche zweite Impfung erhalten (Meyer et al. 2002). Einer Aufstellung der Durchimpfungsraten bei Brandenburger Einschülern und Einschülerinnen aus dem Jahr 1998 kann entnommen werden, dass sich bei Masern, Mumps und Röteln ebenso wie bei Diphtherie und Tetanus keine Unterschiede nach

Sozialstatus der Eltern zeigen. Zu beobachten sind Unterschiede bei der Schutzimpfung gegen Kinderlähmung, Keuchhusten und insbesondere Hib, jeweils zu Ungunsten von Kindern mit niedrigem Sozialstatus (MfASGF 2000).

8.3 Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Jugendlichen

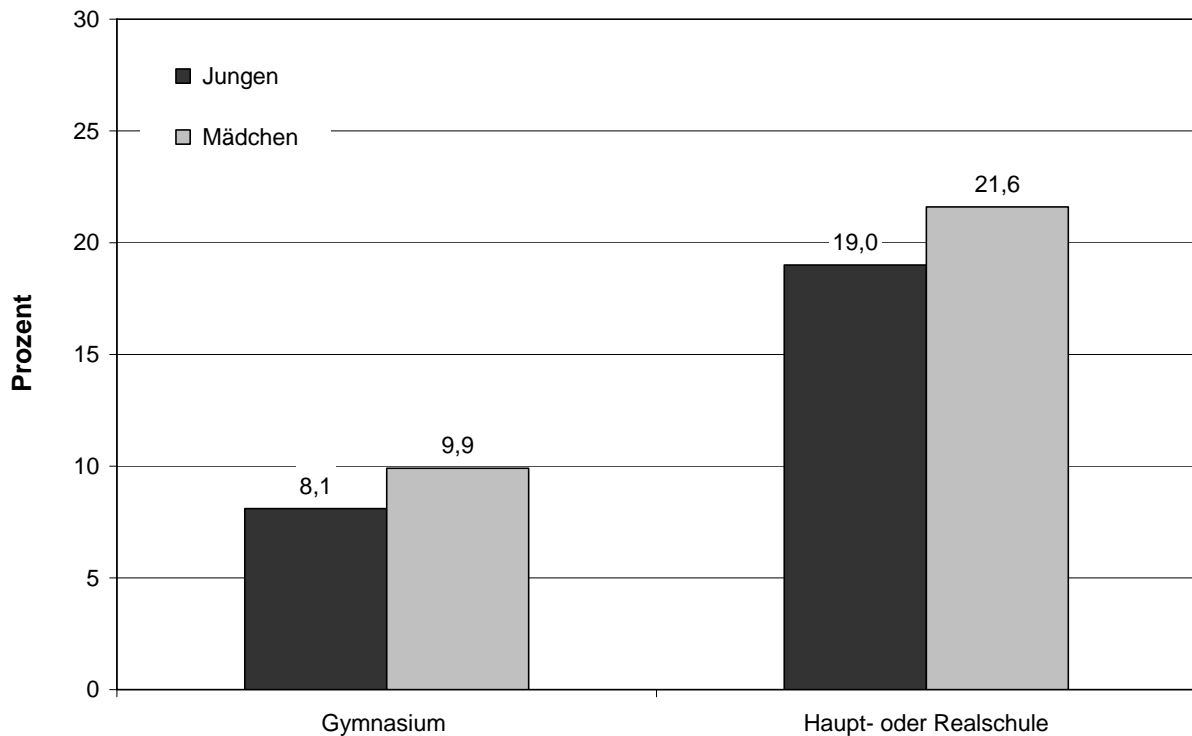
Im Kindes- und Jugendalter werden vielfältige Verhaltensweisen erprobt, erlernt, verfestigt oder auch wieder verworfen. Für die meisten Heranwachsenden ist dabei nicht die Gesundheitsrelevanz des Verhaltens ausschlaggebend, sondern die Funktion im Kontext von sozialen Interaktionen und der Bewältigung altersspezifischer Entwicklungsaufgaben. Die überwiegende Zahl der in dieser Zeit erworbenen Verhaltensmuster und Gewohnheiten werden im Erwachsenenalter fortgeführt und damit auf lange Sicht zu bestimmenden Faktoren von Gesundheit und Wohlbefinden. Während sich in der Kindheit der Einfluss der Eltern stark bemerkbar macht, wobei neben elterlicher Vorschriften auch deren Vorbild von Bedeutung ist, stellt spätestens im Jugendalter die Gleichaltrigengruppe wahrscheinlich eine ebenso wichtige Referenz für die Ausbildung und Stabilisierung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen dar (Hurrelmann 2000; Pinquart, Silbereisen 2002). Um das Gesundheitsverhalten der Heranwachsenden zu beschreiben, kann auf Daten der HBSC-Studie zum Tabak- und Alkoholkonsum, zu Ernährung und Übergewicht sowie zum Bewegungsverhalten und Fernsehkonsum zurückgegriffen werden.

Tabak- und Alkoholkonsum

Gemäß der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sind Jugendliche, die mindestens einmal in der Woche rauchen, als regelmäßige **Raucher** zu klassifizieren (BZgA 2001). Dies trifft – legt man die HBSC-Studie zugrunde – derzeit auf insgesamt 15,3 % der 11- bis 15-jährigen Jungen und 15,7 % der gleichaltrigen Mädchen zu. Haupt- und Realschüler bzw. Haupt- oder Realschülerinnen zählen – bei Kontrolle des Alterseffekts – fast dreimal häufiger zu den regelmäßigen Rauchern/Raucherinnen als Gymnasiasten und Gymnasiastinnen (Abbildung 8.6). Bei Mädchen beeinflusst auch der familiäre Wohlstand und der Berufsstatus der Eltern das Rauchverhalten. In den jeweils niedrigsten Gruppen ist der Anteil der regelmäßigen Raucherinnen im Vergleich zu den Referenzgruppen (hoher familiärer Wohlstand bzw. hoher beruflicher Status der Eltern) etwa um den Faktor 1,5 erhöht.

Abbildung 8.6
Anteil der regelmäßigen Raucher und Raucherinnen nach Schulform

Datenbasis: HBSC-Studie 2002



Bezogen auf den **Alkoholkonsum** wurden die Jugendlichen gefragt, wie häufig sie alkoholhaltige Getränke konsumieren, wobei zwischen Bier, Wein oder Sekt, Schnaps oder Likör sowie Mixgetränken und Cocktails differenziert wurde. Von einem regelmäßigen Konsum wird analog zum Rauchen gesprochen, wenn die Jugendlichen angaben, mindestens einmal in der Woche Alkohol zu trinken. In Tabelle 8.5 ist außerdem dargestellt, wie häufig die Jugendlichen bisher alkoholbedingte Rauscherfahrungen gemacht haben. Von allen Befragten gaben 53,2 % der Jungen und 56,9 % der Mädchen an, überhaupt keinen Alkohol zu trinken. Als regelmäßige Konsumenten sind 15,9 % der Jungen und 10,7 % der Mädchen einzustufen. Knapp 30 % der Jungen und Mädchen haben schon einmal so viel getrunken, dass sie stark betrunken waren. Zwei oder mehr alkoholbedingte Rauscherfahrungen werden von 18,8 % der Jungen und 14,4 % der Mädchen angegeben (Richter, Settertobulte 2003).

Tabelle 8.5

Regelmäßiger Alkoholkonsum (mindestens einmal in der Woche) und alkoholbedingte Rauscherfahrungen (zweimal oder häufiger im Leben) nach Berufsstatus der Eltern und familiärem Wohlstand

Datenbasis: HBSC-Studie 2002

	Jungen					
	Alkoholkonsum (wöchentlich)			Rauscherfahrungen (mind. zweimal im Leben)		
	%	OR	95 %-KI	%	OR	95 %-KI
Beruflicher Status der Eltern						
hoch (Ref.)	16,8	1,00		22,0	1,00	
mittel	18,8	1,21	0,85-1,71	22,8	1,10	0,79-1,52
niedrig	13,1	0,84	0,58-1,22	16,6	0,78	0,55-1,10
Familiärer Wohlstand						
hoch (Ref.)	20,0	1,00		24,7	1,00	
mittel	14,0	0,66	0,50-0,88	17,3	0,64	0,49-0,83
niedrig	11,6	0,53	0,34-0,83	16,3	0,60	0,40-0,89
Schulform						
Gymnasium	15,7	1,00		17,6	1,00	
Haupt- oder Realschule	16,2	1,13	0,86-1,49	21,4	1,48	1,14-1,92
Mädchen						
	Alkoholkonsum (wöchentlich)			Rauscherfahrungen (mind. zweimal im Leben)		
	%	OR	95 %-KI	%	OR	95 %-KI
Beruflicher Status der Eltern						
hoch (Ref.)	12,0	1,00		15,5	1,00	
mittel	14,7	1,30	0,89-1,92	18,5	1,30	0,91-1,86
niedrig	10,2	0,82	0,55-1,24	15,4	1,01	0,70-1,46
Familiärer Wohlstand						
hoch (Ref.)	12,8	1,00		16,0	1,00	
mittel	12,1	0,93	0,68-1,27	17,6	1,15	0,87-1,53
niedrig	10,1	0,71	0,46-1,09	15,0	0,89	0,61-1,30
Schulform						
Gymnasium	11,4	1,00		14,8	1,00	
Haupt- oder Realschule	12,4	1,17	0,87-1,57	17,2	1,32	1,01-1,72

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref.=Referenzkategorie

Der Anteil der Jungen, die regelmäßig Alkohol konsumieren und die in ihrem Leben schon zweimal oder häufiger betrunken waren, ist in der niedrigsten und mittleren im Vergleich zur am besten gestellten Wohlstandsgruppe geringer.

Hingegen haben Jungen und Mädchen, die eine Haupt- oder Realschule besuchen, häufiger als Gymnasiasten und Gymnasiastinnen alkoholbedingte Rauscherfahrungen gemacht. Der Berufsstatus der Eltern wirkt sich weder auf das Trinkverhalten der Jungen noch auf das der Mädchen aus (Tabelle 8.5).

Ernährung und Übergewicht

Im Zusammenhang mit der Ernährung wurden die Jugendlichen in der HBSC-Studie unter anderem um Angaben zur Häufigkeit des Verzehrs von Obst, Gemüse, Süßigkeiten und zuckerhaltiger Limonade (Softdrinks) gebeten. Der tägliche **Obst- und Gemüseverzehr** ist wichtiger Bestandteil einer gesunden Ernährung, während der tägliche Konsum zuckerhaltiger Lebensmittel und Getränke nicht empfehlenswert ist. Bei Jungen lässt sich nur ein schwacher Zusammenhang zu den verfügbaren finanziellen Ressourcen – gemessen über den familiären Wohlstand – herstellen. Noch am ehesten zeigen sich Unterschiede in der niedrigsten und mittleren im Vergleich zur höchsten Wohlstandsgruppe (Tabellen 8.6 und 8.7). Mädchen mit niedrigem und mittlerem Wohlstand geben etwas häufiger als Mädchen mit hohem Wohlstand an, nicht täglich Obst zu essen. Der tägliche Konsum von **Softdrinks** ist bei Mädchen aus der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Wohlstandsgruppe um den Faktor 2 erhöht.

Tabelle 8.6

Ernährungsgewohnheiten von 11- bis 15-jährigen Jungen nach Berufsstatus der Eltern, familiärem Wohlstand und Schulform

Datenbasis: HBSC-Studie 2002

	Jungen					
	Obst (seltener als täglich)			Gemüse (seltener als täglich)		
	%	OR	95 %-KI	%	OR	95 %-KI
Beruflicher Status der Eltern						
hoch (Ref.)	58,9	1,00		71,4	1,00	
mittel	61,2	1,11	0,87-1,42	72,5	1,06	0,81-1,39
niedrig	61,8	1,17	0,91-1,51	75,5	1,25	0,95-1,65
Familiärer Wohlstand						
hoch (Ref.)	58,4	1,00		70,7	1,00	
mittel	63,2	1,25	1,03-1,52	76,2	1,34	1,08-1,67
niedrig	62,5	1,23	0,93-1,64	73,0	1,14	0,84-1,55
Schulform						
Gymnasium	59,3	1,00		71,2	1,00	
Haupt- oder Realschule	62,1	1,15	0,95-1,39	74,4	1,18	0,96-1,46

% = Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95 %-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref.=Referenzkategorie

Tabelle 8.6 (Fortsetzung)
Ernährungsgewohnheiten von 11- bis 15-jährigen Jungen nach Berufsstatus der Eltern, familiärem Wohlstand und Schulform

Datenbasis: HBSC-Studie 2002

	Jungen					
	Süßigkeiten (täglich)			Softdrinks (täglich)		
	%	OR	95 %-KI	%	OR	95 %-KI
Beruflicher Status der Eltern						
hoch (Ref.)	28,3	1,00		27,1	1,00	
mittel	30,1	1,09	0,84-1,42	36,1	1,54	1,18-2,00
niedrig	24,9	0,85	0,64-1,12	40,1	1,85	1,42-2,43
Familiärer Wohlstand						
hoch (Ref.)	29,2	1,00		33,2	1,00	
mittel	26,5	0,88	0,71-1,09	38,1	1,26	1,03-1,54
niedrig	28,9	0,99	0,73-1,34	38,9	1,31	0,98-1,75
Schulform						
Gymnasium	28,3	1,00		27,0		
Haupt- oder Realschule	27,6	0,97	0,79-1,19	40,7	1,89	1,54-2,31

% = Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95 %-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref.=Referenzkategorie

Der Berufsstatus der Eltern wirkt sich vor allem auf den Zuspruch zu Softdrinks aus: Mädchen der niedrigsten Statusgruppe trinken dreimal häufiger und Jungen zweimal häufiger als die Gleichaltrigen aus der statushöchsten Gruppe täglich Limonade. Auch Unterschiede nach der Schulform lassen sich vor allem an Softdrinks festmachen, die von Haupt- und Realschülern und –schülerinnen weitaus häufiger konsumiert werden als von Gymnasiasten und Gymnasiastinnen. Bei Mädchen scheint außerdem der Berufsstatus der Eltern und die Schulform eine gewisse Rolle für den Verzehr von Obst und Gemüse zu spielen. Für den Konsum von Süßigkeiten lassen sich sowohl bei Jungen als auch Mädchen durchweg keine Zusammenhänge zu den Sozialindikatoren herstellen.

Tabelle 8.7
Ernährungsgewohnheiten von 11- bis 15-jährigen Mädchen nach Berufsstatus der Eltern

Datenbasis: HBSC-Studie 2002

	Mädchen					
	Obst (seltener als täglich)			Gemüse (seltener als täglich)		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Beruflicher Status der Eltern						
hoch (Ref.)	47,3	1,00		56,7	1,00	
mittel	54,5	1,41	1,15-1,71	63,7	1,34	1,05-1,72
niedrig	53,3	1,28	1,00-1,64	63,7	1,35	1,05-1,73

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref.=Referenzkategorie

Tabelle 8.7 (Fortsetzung)
Ernährungsgewohnheiten von 11- bis 15-jährigen Mädchen nach Berufsstatus der Eltern

Datenbasis: HBSC-Studie 2002

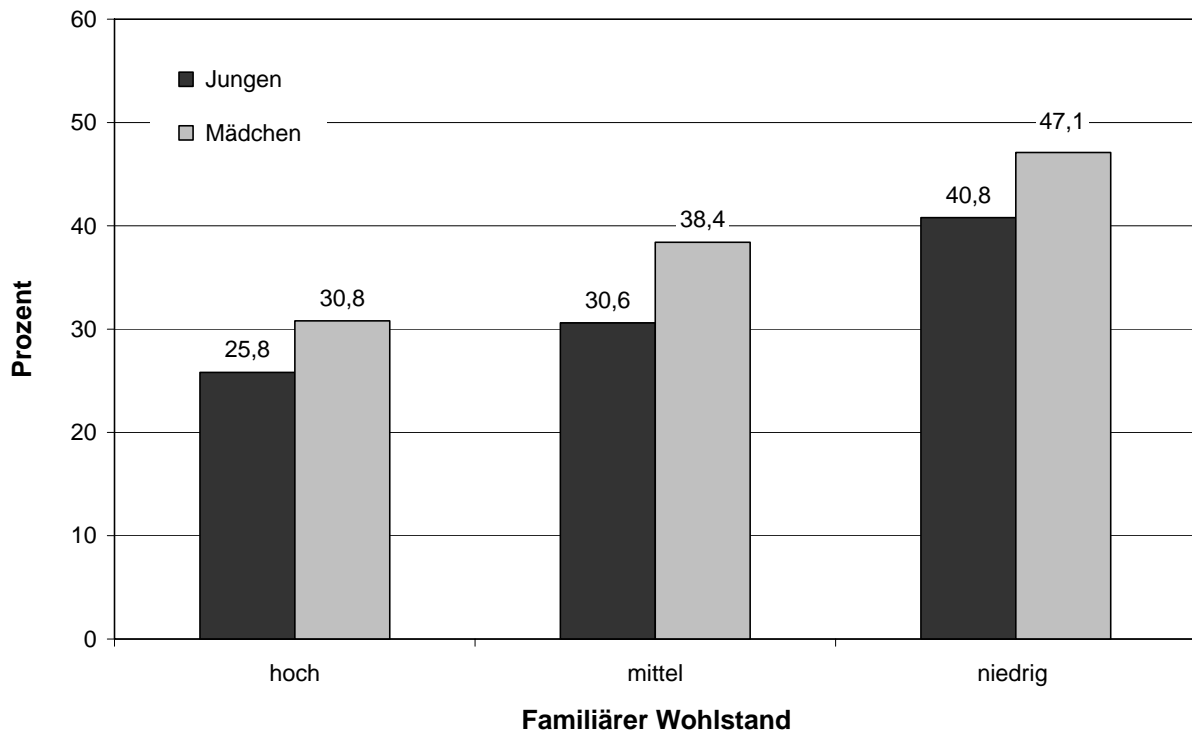
	Mädchen					
Familiärer Wohlstand						
hoch (Ref.)	47,3	1,00		60,5	1,00	
mittel	55,5	1,41	1,15-1,71	64,1	1,17	0,96-1,43
niedrig	56,6	1,46	1,13-1,88	63,1	1,12	0,86-1,45
Schulform						
Gymnasium	47,5	1,00		59,1	1,00	
Haupt- oder Realschule	56,1	1,43	1,19-1,53	64,6	1,27	1,06-1,53
	Süßigkeiten (täglich)			Softdrinks (täglich)		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Beruflicher Status der Eltern						
hoch (Ref.)	29,6	1,00		14,2	1,00	
mittel	28,4	0,94	0,72-1,23	23,4	1,85	1,33-2,57
niedrig	29,5	0,99	0,76-1,30	34,7	3,24	2,34-4,48
Familiärer Wohlstand						
hoch (Ref.)	28,9	1,00		22,0	1,00	
mittel	27,4	0,93	0,75-1,15	25,6	1,23	0,98-1,55
niedrig	33,1	1,21	0,92-1,59	38,3	2,22	1,69-2,92
Schulform						
Gymnasium	29,5	1,00		15,6	1,00	
Haupt- oder Realschule	28,5	0,96	0,79-1,17	32,7	2,56	2,10-3,33

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref.=Referenzkategorie

Für ein gesundes Essverhalten ist auch das Erlernen von **Ernährungsroutinen**, wie z.B. regelmäßige Mahlzeiten, von Bedeutung. Wie Abbildung 8.7 verdeutlicht, bestehen in dieser Hinsicht offenbar große Unterschiede zwischen den Jugendlichen der drei Wohlstandsgruppen: Jungen und Mädchen aus der am schlechtesten gestellten Gruppe gehen im Vergleich zu den Gleichaltrigen aus der am besten positionierten Gruppe fast doppelt so häufig ohne Frühstück in die Schule. Auch in der mittleren Wohlstandsgruppe ist dieser Anteil etwas erhöht. Ähnliche Zusammenhänge zeigen sich ausgehend vom Berufsstatus der Eltern oder der von den Jugendlichen besuchten Schulform.

Abbildung 8.7
Anteil der Jugendlichen, die an Schultagen regelmäßig frühstücken nach familiärem Wohlstand

Datenbasis: HBSC-Studie 2002



Die Ernährungsweise ist eine zentrale, wenngleich nicht die einzige Bestimmungsgröße für die Gewichtsentwicklung im Jugendalter. Übergewicht beeinflusst die Entstehung von zum Teil schwerwiegenden Krankheiten wie Diabetes mellitus, Hypertonie, koronare Herzkrankheit oder Schlaganfall im weiteren Lebenslauf. Bereits im Kindes- und Jugendalter geht ein zu hohes Körpergewicht, insbesondere Adipositas, mit orthopädischen, metabolischen und endokrinen Komplikationen einher und wirkt sich darüber hinaus auf das Selbstwertgefühl und die sozialen Kompetenzen der Heranwachsenden aus (RKI 2003).

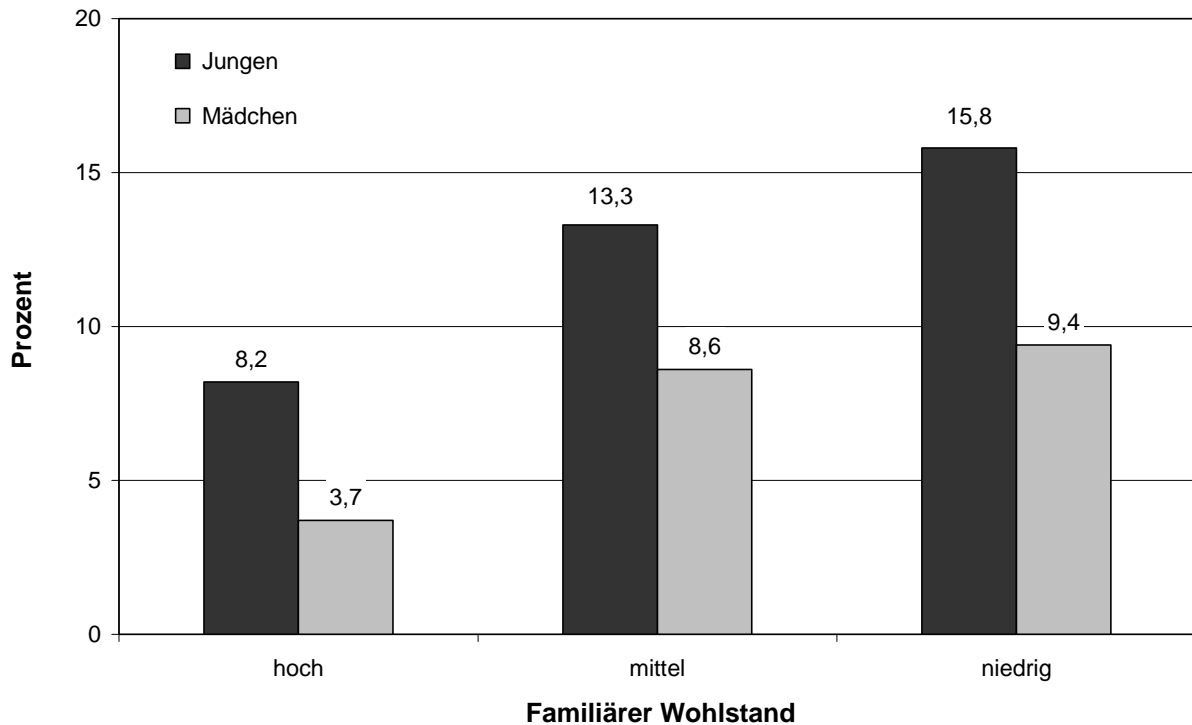
Da in der HBSC-Studie von den Jugendlichen Angaben zu Körpergröße und Körpergewicht erhoben wurden, lässt sich der Body-Mass-Index (BMI) berechnen. Um **Übergewicht** und Adipositas abzugrenzen wird auf die von der Arbeitsgemeinschaft „Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ empfohlene Klassifikation zurückgegriffen, die sich an geschlechtsspezifischen Altersperzentilen orientiert und damit den wachstumsbedingten Variationen des Größen-Gewichtsverhältnisses Rechnung trägt (Böhm et al. 2002; Kromeyer-Hauschild et al. 2001). Von den 11- bis 15-Jährigen wären demnach 8,4 % der Jungen und 5 % der Mädchen als übergewichtig zu bezeichnen. Von Adipositas sind 2,4 % der Jungen und 1,7 % der Mädchen betroffen (Zubrägel, Settertobulte 2003). In der niedrigsten und mittleren Wohlstandsgruppe ist der Anteil der Übergewichtigen allerdings deutlich erhöht, bei Jungen etwa um den Faktor 2,1 bzw. 1,7, bei Mädchen sogar um den Faktor 2,7 bzw. 2,5 (Abbildung 8.8). Auch

zwischen Jugendlichen, die ein Gymnasium besuchen und denen, die auf eine Haupt- oder Realschule gehen, zeigen sich in dieser Hinsicht deutliche Unterschiede (Jungen: 7,9 % gegenüber 13,3 %; Mädchen: 4,1 % gegenüber 8,6 %).

Abbildung 8.8

Verbreitung von Übergewicht bei 11- bis 15-jährigen Jungen und Mädchen nach familiärem Wohlstand

Datenbasis: HBSC-Studie 2002



Körperliche Aktivität

Regelmäßige körperliche Aktivität wirkt nicht nur Übergewicht und daraus resultierenden Folgeerkrankungen entgegen, sondern übt zudem einen positiven Einfluss auf die motorische Entwicklung, das Herz-Kreislauf-System, die Atmung, die psychische Gesundheit und das subjektive Wohlbefinden der Heranwachsenden aus. Kinder und Jugendliche haben einen „natürlichen“ Bewegungsdrang, der auch eine wichtige Voraussetzung für die Ausformung sozialer und personaler Kompetenzen im Austausch und Miteinander in der Gleichaltrigengruppe ist. Im alltäglichen Leben vieler Kinder und Jugendlichen spielt die körperliche Aktivität jedoch eine zunehmend geringere Rolle. Wie eine Untersuchung des Instituts für Sport und Sportwissenschaft der Universität Karlsruhe zeigt, verbringen Kinder einen immer größeren Anteil ihrer Freizeit zuhause und damit zumeist im Sitzen oder Liegen. Ein Viertel der befragten Grundschüler im Alter von 6 bis 10 Jahre spielte maximal einmal in der Woche im Freien (Bös 2001).

Im Hinblick auf Jugendliche lässt sich feststellen, dass die Mehrzahl in der Freizeit körperlich aktiv ist. In der HBSC-Studie gaben nur 11 % der Jungen und 15 % der Mädchen an, dass sie sich an weniger als zwei Tagen in der Woche für insgesamt 60 Minuten sportlich oder andersweitig körperlich betätigen. Tabelle 8.8 kann entnommen werden, dass der familiäre Wohlstand und die Schulform vor allem bei Mädchen einen Einfluss auf das **Bewegungsverhalten** ausübt: Mädchen aus der niedrigsten Wohlstandsgruppe sind nahezu dreimal häufiger und Mädchen aus der mittleren Wohlstandsgruppe fast zweimal häufiger an weniger als zwei Tagen in der Woche aktiv. Außerdem sind Gymnasiastinnen aktiver als Haupt- und Realschülerinnen. Bei Jungen sind diese Zusammenhänge deutlich schwächer ausgeprägt (familiärer Wohlstand) bzw. nicht vorhanden (Schulform).

Tabelle 8.8

Körperliche Aktivität und Fernsehkonsum von 11- bis 15-jährigen Jugendlichen nach Berufsstatus der Eltern, familiärem Wohlstand und Schulform

Datenbasis: HBSC-Studie 2002

	Jungen					
	Körperliche Aktivität (weniger als 2 Tage/Woche)			Fernsehkonsum (mehr als 4 Std. täglich)		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Beruflicher Status der Eltern						
hoch (Ref.)	9,0	1,00		12,6	1,00	
mittel	8,5	0,95	0,62-1,46	21,7	1,98	1,40-2,81
niedrig	11,4	1,34	0,88-2,04	27,9	2,87	2,03-4,07
Familiärer Wohlstand						
hoch (Ref.)	7,7	1,00		17,0	1,00	
mittel	11,8	1,62	1,16-2,26	25,1	1,72	1,34-2,19
niedrig	9,8	1,34	0,82-2,18	31,5	2,42	1,75-3,36
Schulform						
Gymnasium	10,5	1,00		12,5	1,00	
Haupt- oder Realschule	9,7	0,94	0,69-1,28	27,8	2,83	2,17-3,67

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref.=Referenzkategorie

Tabelle 8.8 (Fortsetzung)
Körperliche Aktivität und Fernsehkonsum von 11- bis 15-jährigen Jugendlichen nach Berufsstatus der Eltern, familiärem Wohlstand und Schulform

Datenbasis: HBSC-Studie 2002

	Mädchen					
	Körperliche Aktivität (weniger als 2 Tage/Woche)			Fernsehkonsum (mehr als 4 Std. täglich)		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Beruflicher Status der Eltern						
hoch (Ref.)	10,5	1,00		12,4	1,00	
mittel	11,6	1,12	0,75-1,67	17,6	1,52	1,06-2,18
niedrig	19,9	2,11	1,44-3,09	23,7	2,25	1,58-3,21
Familiärer Wohlstand						
hoch (Ref.)	9,4	1,00		15,2	1,00	
mittel	16,5	1,89	1,39-2,58	18,4	1,27	0,97-1,66
niedrig	23,1	2,87	2,01-4,08	28,7	2,28	1,67-3,11
Schulform						
Gymnasium	11,9	1,00		10,0	1,00	
Haupt- oder Realschule	16,7	1,50	1,15-1,97	24,3	2,97	2,26-3,92

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref.=Referenzkategorie

Um das Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen umfassend beurteilen zu können, sollte der Blick auf andere Freizeitaktivitäten erweitert werden, zumal diese häufig in Konkurrenz zu Sport- oder Bewegungsangeboten stehen. In erster Linie betrifft dies die Nutzung von medialen Angeboten, die in den letzten Jahren erheblich zugenommen hat (Feierabend, Klingler 2002). In der HBSC-Studie gaben die Jugendlichen unter anderem an, in einer normalen Woche durchschnittlich 2,3 Stunden vor dem Fernseher zu verbringen. Am Wochenende steigt der **Fernsehkonsum** auf durchschnittlich 3,4 Stunden bei Jungen und 3,0 Stunden bei Mädchen. Insgesamt verbringen die 11- bis 15-Jährigen damit 17,5 Stunden in der Woche vor dem Fernseher (Richter, Settertobulte 2003).

Der Fernsehkonsum variiert dabei erheblich mit dem familiären Wohlstand: Jungen wie Mädchen am unteren Ende des Wohlstandsgefälles sitzen im Vergleich zu den am besten gestellten Gleichaltrigen mehr als doppelt so oft täglich vier und mehr Stunden vor dem Fernseher. Ebenso deutliche Unterschiede lassen sich anhand des Berufsstatus der Eltern und der Schulform feststellen (Tabelle 8.8).

8.4 Soziales Kapital als Gesundheitsressource von Jugendlichen

Im Kontext von Prävention und Gesundheitsförderung kommt nicht nur der Vermeidung von Krankheitsrisiken, sondern auch der Stärkung von Gesundheitsressourcen große Bedeutung zu. Mit Blick auf Kinder und Jugendlichen wird dabei unter anderem die Gesundheitswirksamkeit der sozialen Einbindung, Teilhabe und Unterstützung diskutiert – in den letzten Jahren zunehmend unter dem Stichwort „**soziales Kapital**“ (Klocke, Becker 2003; Klocke 2004). Vieles spricht dafür, dass Kinder und Jugendliche, die in ihrem sozialen Umfeld unterstützt und gefördert werden, seltener gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen und sich gesundheitsbewusster verhalten. In der HBSC-Studie werden in diesem Zusammenhang auf Vertrauen und Unterstützung basierende Sozialbeziehungen in der Familie, im Freundeskreis, in der Nachbarschaft und in Institutionen wie Vereinen, Jugendclubs oder Jugendgruppen analysiert. Um das Gesamtvolumen des sozialen Kapitals zu beschreiben, wird in der HBSC-Studie ein aggregierter Index gebildet und zwischen den Jugendlichen mit der niedrigsten und der höchsten Kapitalausstattung unterschieden (Klocke 2004).

Tabelle 8.9

Anteil der 11- bis 15-jährigen Jugendlichen mit schlechtem allgemeinen Gesundheitszustand und geringer Sportausübung nach familiärem Wohlstand und sozialem Kapital (Angaben in %)
Datenbasis: HBSC-Studie 2002, Daten für das Bundesland Hessen (Klocke, Lampert 2005)

Familiärer Wohlstand ¹	Gesundheitszustand einigermaßen/schlecht			Sport in den letzten 7 Tagen: zweimal oder weniger		
	Soziales Kapital			Soziales Kapital		
	wenig	viel	OR	wenig	viel	OR
Jungen						
1. Quintil (Armutsgruppe)	16	8	n.s.	32	11	2,7*
2. Quintil	13	5	3,2*	29	20	1,7*
3. Quintil	16	5	3,4*	25	17	1,7*
4. Quintil	19	9	2,5*	34	14	2,5*
5. Quintil (Wohlstandsgruppe)	18	7	3,4*	30	15	2,9*
Insgesamt	17	7	2,8*	29	16	2,1*
Mädchen						
1. Quintil (Armutsgruppe)	30	10	3,4*	38	20	2,5*
2. Quintil	17	15	n.s.	46	29	1,5*
3. Quintil	19	9	2,3*	44	18	3,4*
4. Quintil	22	10	2,3*	33	14	2,8*
5. Quintil (Wohlstandsgruppe)	19	11	n.s.	27	19	n.s.
Insgesamt	22	11	2,3*	39	20	2,3*

¹ Der familiäre Wohlstand wird hier ebenfalls ausgehend von der Family Affluence Scale bestimmt, allerdings werden auf Basis des Punktsommenscores Quintile berechnet und das unterste und oberste Quintil als Armuts- bzw. Wohlstandsgruppe bezeichnet (Klocke 2004).

OR=Die Odds Ratio zeigen hier an, um welchen Faktor das Risiko bei Jugendlichen mit wenig im Vergleich zu denen mit viel sozialem Kapital erhöht ist, den allgemeinen Gesundheitszustand als schlecht zu beurteilen bzw. selten Sport zu treiben

* Zusammenhänge sind signifikant ($p < 0,05$); n.s. Zusammenhänge sind nicht signifikant

In Tabelle 8.9 ist erkennbar, welchen Einfluss soziales Kapital auf den allgemeinen Gesundheitszustand und die sportliche Aktivität in Abhängigkeit vom familiären Wohlstand hat. In allen Gruppen – auch in der Armutsgruppe – ist der Anteil der Jugendlichen mit einer eher schlechten Gesundheitseinschätzung und geringer Sportausübung bei niedrigem sozialem Kapital deutlich erhöht. Dem sozialen Kapital ist demnach ein vom familiären Wohlstand weitgehend unabhängiger Einfluss auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten zu bescheinigen. Zwischen Jungen und Mädchen zeigen sich in dieser Hinsicht kaum Unterschiede. Zwar verfügen Jungen über eine etwas bessere Ausstattung mit sozialem Kapital und beurteilen ihre gesundheitliche Situation insgesamt gesehen besser als die gleichaltrigen Mädchen, die Gesundheitswirksamkeit des sozialen Kapitals und der protektive Effekt bei einer vorhandenen Armutslage stellen sich aber bei beiden Geschlechtern ganz ähnlich dar.

8.5 Diskussion

Die bislang vorliegenden Forschungsergebnisse sprechen für eine soziale Ungleichverteilung der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken in der heranwachsenden Generation, die allerdings in verschiedenen Altersgruppen und bei Jungen und Mädchen unterschiedlich stark zum Ausdruck kommt (siehe auch Klocke, Hurrelmann 2001; Hurrelmann et al. 2003; Mielck 2000, 2001; Jungbauer-Gans, Kriwy 2004). Gemäß den Einschulungsuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind Kinder aus sozial schwächeren Familien deutlich stärker von körperlichen wie psychischen Entwicklungsverzögerungen und Gesundheitsstörungen betroffen. Auch kommen bei ihnen Unfallverletzungen und zahnmedizinische Probleme häufiger vor. Eine Ausnahme stellen lediglich atopische Krankheiten dar, die vermehrt bei sozial besser gestellten Kindern auftreten.

Im Jugendalter zeichnet sich die gesundheitliche Chancenungleichheit etwas schwächer ab. Dies lässt sich zumindest für das Vorkommen körperlicher Erkrankungen, bei Jungen auch für die Selbsteinschätzung der Gesundheit und psychosomatische Beschwerden belegen. Ein möglicher Grund ist, dass in dieser Phase viele Entwicklungsaufgaben weitgehend unabhängig von den Eltern gelöst werden müssen und andere Bezugspersonen, wie z.B. Lehrer und Lehrerinnen, Betreuer und Betreuerinnen in Jugendeinrichtungen und vor allem die Gleichaltrigen, an Bedeutung gewinnen. Andererseits werden im Jugendalter gesundheitsrelevante Einstellungen, die bereits im Kindesalter ausgebildet wurden, stabilisiert, ausdifferenziert und in Verhalten umgesetzt. Insofern verwundert es nicht, dass sich bei Jugendlichen die ungleichen Lebensbedingungen und Teilhabechancen zuvorderst im gesundheits-

relevanten Verhalten widerspiegeln. Die Ergebnisse der HBSC-Studie deuten insbesondere auf Unterschiede im Rauchverhalten, der Mundhygiene sowie dem Bewegungsverhalten und Fernsehkonsum hin. Überraschend schwach ausgeprägt sind soziale Unterschiede in der Ernährung, insbesondere in Bezug auf den Verzehr von Obst und Gemüse sowie von Süßigkeiten. Dass es aber Unterschiede gibt, lässt sich unter anderem daran festmachen, dass sozial benachteiligte Jugendliche vermehrt zuckerhaltige Limonade trinken, an Schultagen öfter ohne Frühstück aus dem Haus gehen und häufiger übergewichtig sind.

Geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich sowohl im Gesundheitszustand als auch im Gesundheitsverhalten der Jugendlichen beobachten. Mädchen schätzen ihre eigene Gesundheit schlechter ein und sind vermehrt von z.B. Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen betroffen. Andererseits verhalten sie sich im Hinblick auf fast alle in der HBSC-Studie untersuchten Verhaltensmuster und Gewohnheiten gesünder. Dementsprechend zeichnet sich das soziale Gefälle bei Jungen vor allem im gesundheitsriskanten Verhalten ab, während bei Mädchen auch das psychische Wohlbefinden mit dem sozialen Status variiert.

In der Gesamtschau belegen die dargestellten Forschungsbefunde, dass bei Kindern ein erheblicher Bedarf an Frühförderung besteht. Viele der bei sozial benachteiligten Einschülern häufiger festgestellten Entwicklungsdefizite, wie z.B. Sprechstörungen, psychomotorische Störungen sowie Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung, können durch eine umfassende und effektive Frühförderung vermieden oder zumindest abgemildert werden. Außerdem verweisen die sozialen Unterschiede in der Teilnahme am Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder auf die Notwendigkeit, neue Zugänge zu den sozial unterprivilegierten Bevölkerungsgruppen zu erschließen. Vorschläge hierzu werden gegenwärtig von der BZgA erarbeitet und zum Teil bereits erprobt. Im Jugendalter eröffnen sich über das Gesundheitsverhalten zahlreiche Anknüpfungspunkte für präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen, die auch für die Strategie „Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung“ im Rahmen des Gesundheitszieleprozesses und das „Deutsche Forum für Prävention und Gesundheitsförderung“ von großer Bedeutung sind. Erfolg versprechen Programme für Kinder und Jugendliche vor allem dann, wenn sie auf alters- und geschlechtsspezifische Entwicklungsaufgaben und Gesundheitsgefährdungen abgestimmt sind und berücksichtigt wird, dass die Heranwachsenden über sehr unterschiedliche Voraussetzungen und Mittel verfügen, ihre Gesundheitspotenziale auszuschöpfen. Außerdem sollte Beachtung finden, dass Kinder und Jugendliche ihr Verhalten in erster Line nicht an zumeist erst später eintretenden gesundheitlichen Konsequenzen ausrichten, sondern an der Wirksamkeit und dem Erfolg in ihren unmittelbaren Lebenskontexten, insbesondere der Familie, Schule und Gleichaltrigengruppe.

Eine differenzierte Berichterstattung zur gesundheitlichen Situation und der gesundheitlichen Chancenungleichheit bei Kindern und Jugendlichen wird bisher durch die unbefriedigende Datenlage erschwert. Die meisten Datenquellen erteilen lediglich Auskunft über einzelne Aspekte der Gesundheit, sind auf bestimmte Altersgruppen begrenzt und weisen zudem in der Regel nur lokale oder regionale Repräsentativität auf. Eine erhebliche Verbesserung der Datenlage ist durch den Kinder- und Jugendgesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts (KiGGS) zu erwarten, an dem bis zum Jahr 2006 etwa 18.000 Kinder und Jugendliche im Altersbereich 0 bis 17 Jahre sowie deren Eltern teilnehmen werden (Kurth et al. 2002a,b). Indem der Survey bundesweit repräsentative Daten zu einem breiten Spektrum gesundheitsbezogener Themen bereitstellt, schafft er eine für epidemiologische Forschungen, Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitspolitik gleichermaßen belastbare Informationsgrundlage. Da auch umfassende Informationen zur Lebenssituation der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Familien erhoben werden, sind Analysen zum Ausmaß und Erscheinungsbild der gesundheitlichen Chancenungleichheit möglich. Dazu wird derzeit ein Lebenslagenkonzept entwickelt, das sich an den Lebensbereichen ausrichtet, in denen sich das Leben der Heranwachsenden tatsächlich abspielt. In erster Linie sind dies die Familie, die Wohnsituation, Schule oder Kindertagesstätte sowie Freizeit und Gleichaltrigengruppe (Lampert, Schenk 2004; Lampert et al. 2004). Während bisherige Forschungen sich fast ausschließlich auf Ungleichheitsindikatoren konzentrieren, die sich auf die Haushaltssituation oder berufliche Stellung der Eltern beziehen, stellt das für den Kinder- und Jugendgesundheitssurvey entwickelte Lebenslagenkonzept die Heranwachsenden in den Mittelpunkt der Betrachtung und ermöglicht dadurch eher, gesundheitsrelevante Problemlagen und Ungleichverteilungen im Kindes- und Jugendalter zu ermitteln. Die Daten werden nach Abschluss der dreijährigen Erhebungszeit im Jahr 2006 zur Verfügung stehen und könnten damit in den dritten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung eingehen.

Literaturverzeichnis

- Altenhofen L (2002) Gesundheitsförderung durch Vorsorge. Zur Bedeutung von U1 bis J1. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 45, S. 960-963
- Bergmann KE, Thefeld W, Kurth B-M (2002) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey – eine Grundlage für Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsziele. Das Gesundheitswesen 64 (Sonderheft 1), S53-S58
- Blane D, Bartley M, Davey Smith G, Filatki H, Bethune A, Harding S (1994) Social patterning of medical mortality in youth and early adulthood. Social Science & Medicine 3, pp. 361-366
- Böhm A, Ellsäßer G, Kuhn J (2003) Arme Kinder, kranke Kinder? Was man aus Einschulungsuntersuchungen alles lernen kann. Landesgesundheitsamt Brandenburg, Wünsdorf: S. 18-19
- Böhm A, Friese E, Greil H, Lüdecke K (2002) Körperliche Entwicklung und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen – Eine Analyse von Daten aus ärztlichen Reihenuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Land Brandenburg. Landesgesundheitsamt Brandenburg, Wünsdorf
- Bös K (2001) Bündnis „Gesunde Kinder“ – Unsere Kinder brauchen mehr Bewegung, Spiel und Sport, <http://www.rz.uni-karlsruhe.de/~sportwiss/Personal/Boes/GesundeKinder.pdf>-Download, Karlsruhe
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2001) Lebenslagen in Deutschland – Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. BMAS, Bonn
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1998) Bericht über die Lebenssituation von Kindern und die Leistungen der Kinderhilfen in Deutschland. Zehnter Kinder- und Jugendbericht. BMFSFJ, Bonn
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002) Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. BMFSFJ, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005) Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. BMGS, Berlin
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001. BZgA, Köln
- Delekat D, Kis A (2001) Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999. Senatverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen, Berlin
- Elkeles T, Krischner R, Kunert M (1998) Armut und Gesundheit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Sekundäranalysen von Daten der „Biogramm-Forschung“. In Mansel J, Brinkhoff K-B (Hrsg.) Armut im Jugendalter. Soziale Ungleichheit, Gettoisierung und die psychosozialen Folgen. Juventa Verlag, Weinheim München, S. 158-172
- Ellsäßer G, Böhm A, Kuhn J, Lüdecke K, Rojas G (2002) Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern. Ergebnisse und Konsequenzen aus den Brandenburger Einschulungsuntersuchungen. Kinderärztliche Praxis 4, S. 248-257

- Feierabend S, Klinger W (2002) Medien und Themeninteresse Jugendlicher – Ergebnisse der JIM-Studie 2001 zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger. Media Perspektiven 1, S. 9-21
- Geyer S, Peter R (1998) Unfallbedingte Krankenhausaufnahme von Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit von ihrem sozialen Status – Befunde mit Daten einer nordrheinwestfälischen AOK. Das Gesundheitswesen 60, S. 493-499
- Geyer S, Peter R, Siegrist J (2002) Socioeconomic differences in children's and adolescents' hospital admissions in Germany: a report based on health insurance data selected on diagnostic categories. Journal of Epidemiology and Community Health 56, pp. 109-114
- Heinrich J, Popescu M, Wjst M, Goldstein I F, Wichmann HE (1998) Atopy in Children and Parental Social Class. American Journal of Public Health 88 (9), pp. 1319-1324
- Helmert U, Merzenich H, Bammann K (2001) Der Zusammenhang zwischen Bildungsstatus, chronischen Krankheiten und kardiovaskulären Risikofaktoren bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 29 Jahren: Ergebnisse des Bundesgesundheits surveys 1998. Sozial- und Präventivmedizin 46, S. 320-328
- Hurrelmann K (2000) Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 4. völlig überarbeitete Auflage von „Sozialisation und Gesundheit“. Juventa Verlag, Weinheim und München
- Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W, Ravens-Sieberger (Hrsg.) (2003) Jugendgesundheits survey – Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Juventa Verlag, Weinheim München
- Jungbauer-Gans M, Kriwy P (Hrsg.) (2004) Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Klocke A, Hurrelmann K (Hrsg.) (2001) Kinder und Jugendliche in Armut. Umfang, Auswirkungen und Konsequenzen. 2. Auflage. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden
- Klocke A, Becker U (2002) Armut und soziales Kapital bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit. Die Krankenversicherung 54, S. 47-50
- Klocke A, Becker U (2003) Die Lebenswelt Familie und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen. In Hurrelmann K Klocke A, Melzer W, Ravens-Sieberger (Hrsg.) Jugendgesundheits survey - Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Juventa Verlag, Weinheim München, S. 183-242
- Klocke A (2004) Soziales Kapital als Ressource für Gesundheit im Jugendalter. In Jungbauer-Gans M, Kriwy P (Hrsg.) Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 85-96
- Klocke A, Lampert T (2005) Armut bei Kindern und Jugendlichen und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 4. RKI, Berlin

- Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D, Geller F, Geiss HC, Hesse V et al. (2001) Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 8, S. 807-818
- Kurth B-M, Bergmann KE, Dippelhofer A, Hölling H, Kamtsiuris P, Thefeld W (2002a) Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Was wir wissen, was wir nicht wissen, was wir wissen werden. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 45 (11), S. 852-858
- Kurth B-M, Bergmann KE, Hölling H, Kahl H, Kamtsiuris P, Thefeld W (2002b) Der bundesweite Kinder- und Jugendgesundheitsurvey – Das Gesamtkonzept. *Das Gesundheitswesen* 64 (Sonderheft 1), S3-S11
- Lampert T, Schenk L, Stolzenberg H (2002) Konzeptualisierung und Operationalisierung sozialer Ungleichheit im Kinder- und Gesundheitssurvey. *Das Gesundheitswesen* 64 (Sonderheft 1), S48-S52
- Lampert T (2004) Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. *Die Krankenversicherung* 56, S. 17-29
- Lampert T, Schenk L (2004) Gesundheitliche Konsequenzen des Aufwachsens in Armut und sozialer Benachteiligung. In Jungbauer-Gans M, Kriwy P (Hrsg.) *Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 57-83
- Lampert T, Schenk L, Stolzenberg H (2004) Aktuelles vom Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des RKI (KiGGS): Messung sozialer Ungleichheit. *Epidemiologisches Bulletin* 15, S. 125
- Meyer C, Reiter S, Siedler A et al. (2002) Über die Bedeutung von Schutzimpfungen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 45, S. 323-331
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg (2000) *Einschüler in Brandenburg: Soziale Lage und Gesundheit 1999*. Landesgesundheitsamt Brandenburg, Birkenwerder
- Mielck A, Reitmeir P, Wjst M (1996) Severity of Childhood Asthma by Socioeconomic Status. *International Journal of Epidemiology* 25, pp. 388-393
- Mielck A (2000) *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Verlag Hans Huber, Berlin Göttingen Toronto Seattle
- Mielck A (2001) *Armut und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse der sozial-epidemiologischen Forschung in Deutschland*. In Klocke A, Hurrelmann K (Hrsg.) *Kinder und Jugendliche in Armut. Umfang, Auswirkungen und Konsequenzen*. 2. Auflage. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden
- Ostberg V, Vagerö D (1991) Socio-economic differences in mortality among children: Do they persist into adulthood? *Social Science & Medicine* 4, pp. 403-410
- Pinquart M, Silbereisen RK (2002) Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter: Entwicklungspsychologische Erklärungsansätze. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 45, S. 873-878

- Pott E, Lehmann F (2002) Interventionen zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Gruppen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 45, S. 976-983
- Ravens-Sieberer U, Thomas C, Erhart M (2003) Körperliche, psychische und soziale Ungleichheit von Jugendlichen. In Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W, Ravens-Sieberer U (Hrsg.) Jugendgesundheits-survey – Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation. Juventa Verlag, Weinheim München, S. 19-98
- Richter M, Settertobulte W (2003) Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen. In Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W, Ravens-Sieberer U (Hrsg.) Jugendgesundheits-survey – Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation. Juventa Verlag, Weinheim, S. 99-158
- Richter M, Hurrelmann K (2004) Soziale Ungleichheit im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten von Jugendlichen. Eine Sonderauswertung der HBSC-Studie 2003 im Auftrag des Robert Koch-Institutes. Bielefeld
- Richter M (2005) Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter – Der Einfluss sozialer Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Robert Koch-Institut (2003) Übergewicht und Adipositas. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 16. RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut (2004) Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Schiffner U, Reich E (1999) Karies/Füllungen bei den Jugendlichen. In Micheelis W, Reich E (Hrsg.) Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Deutscher Ärzte Verlag, Köln, S. 201-230
- Statistisches Bundesamt (2000) Bevölkerung Deutschlands nimmt von heute 82 Millionen bis zum Jahr 2050 um über 10 Millionen ab. Pressemitteilung vom 19.7.2000
- Statistisches Bundesamt (2003) Statistisches Jahrbuch 2003. StaBu, Wiesbaden
- West P (1988) Inequalities? Social class differentials in health in British youth. Social Science & Medicine 4, pp. 291-296
- Wichmann HE, Rosenlehner R, Bory R, Kaader R (1990) Zusammenfassende Bewertung der ‚Pseudokrapp-Studien‘ in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen. Forschungsbericht Kernforschungszentrum Karlsruhe KfK-PEF 64. KfK, Karlsruhe
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2002) Erhebungen des Zentralinstituts. Köln
- Zubrägel S, Settertobulte W (2003) Körpermasse und Ernährungsverhalten bei Jugendlichen. In: Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W, Ravens-Sieberer U (Hrsg.) Jugendgesundheits-survey - Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation. Juventa Verlag, Weinheim München, S. 159-182

9 Gesundheit im höheren Lebensalter

Die Frage nach der Gesundheit im Alter ist von erheblicher individueller wie gesellschaftlicher Bedeutung. Für jeden Einzelnen verbindet sich mit der nach wie vor steigenden Lebenserwartung die Hoffnung auf ein langes und gesundes Leben, während sich für die Gesellschaft die Herausforderung stellt, älteren Menschen die Teilhabe am sozialen, kulturellen und politischen Leben zu ermöglichen und im Krankheits- und Pflegefall eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten. In den aktuellen Diskussionen spiegelt sich dies vor allem in der Frage nach der Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit der gesellschaftlichen Sicherungs- und Versorgungssysteme wider. Daneben geht es aber auch um mögliche Gewinne des Alters sowie um die gesellschaftlichen Bedingungen für die Aufrechterhaltung der intergenerationellen Solidarität (RKI 2002; Mayer et al. 1996). Aus Sicht der Armuts- und Reichtumsberichterstattung ist zudem danach zu fragen, inwieweit strukturell geprägte Lebensbedingungen und Teilhabemöglichkeiten dafür verantwortlich zeichnen, dass einige ältere Menschen von schweren Krankheiten und Funktionseinbußen betroffen sind, während andere bis ins hohe Alter ein zumindest weitgehend beschwerdefreies und selbstständiges Leben führen können (Lampert 2000, Lampert, Maas 2002).

Die Beschreibung der gesundheitlichen Situation im höheren Lebensalter ist mit der Schwierigkeit verbunden, dass ältere Menschen in bevölkerungsrepräsentativen Studien häufig nicht berücksichtigt werden oder aber – aufgrund der relativ geringen Besetzung der höheren Altersgruppen – keine differenzierten Analysen möglich sind. Nachfolgend wird deshalb neben dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998, dem telefonischen Gesundheitssurvey 2003 und dem Sozio-oekonomischen Panel 2003 auch auf die Ergebnisse der Berliner Altersstudie und des Alterssurveys Bezug genommen. Die Berliner Altersstudie wurde zwar bereits Anfang der 90er Jahre durchgeführt und ist nur für Berlin (West) repräsentativ, aufgrund des Fokus auf das sehr hohe Alter (70+ Jahre) sowie des gleichermaßen umfassenden wie in die Tiefe gehenden Erhebungsprotokolls, das auch internistische und psychiatrische Untersuchungen umfasste, stellt sie aber nach wie vor die beste Referenz für Aussagen zur Gesundheit älterer Menschen dar (Mayer, Baltes 1996). Der besondere Wert des Alterssurveys, der den Schwerpunkt auf den Übergang in den Ruhestand legt, ist in der Möglichkeit einer längsschnittlichen Weiterverfolgung begründet. Für den Zeitraum von 1996 bis 2002 lassen sich Veränderungen im Gesundheitsstatus der Studienteilnehmer und Studienteilnehmerinnen, die am Ende der Beobachtungszeit zwischen 46 und 91 Jahre alt waren, nachzeichnen und im Zusammenhang mit ihrer sozialen und wirtschaftlichen Situation betrachten (Kohli, Kühnemund 2000; Wurm 2003).

9.1 Lebenslage älterer Menschen

In Deutschland leben gegenwärtig etwa 82,5 Millionen Menschen, von denen rund 14,9 Millionen 65 Jahre oder älter sind. Den aktuellen Bevölkerungsvorausberechnungen zufolge wird der Anteil der 65-Jährigen und Älteren von derzeit etwa 18 % auf über 30 % im Jahr 2050 steigen. Ein Grund hierfür ist der kontinuierliche Anstieg der Lebenserwartung, der sich in allen Altersgruppen beobachten lässt, in den älteren Bevölkerungsgruppen aber überproportional ausfällt. Infolge dessen nimmt auch die Zahl der Hochbetagten zu. Geht man von der gegenwärtigen Bevölkerungsentwicklung aus, dann könnte sich die Zahl der 80-Jährigen und Älteren von heute 3,4 Millionen bis zum Jahr 2050 mehr als verdreifachen (BMGS 2005; Statistisches Bundesamt 2005).

Von den über 65-Jährigen sind ca. 60 % Frauen; an den 80-Jährigen und Älteren macht ihr Anteil sogar fast drei Viertel aus. Während der weit überwiegende Teil der älteren Männer verheiratet ist, nimmt der Anteil der verheirateten Frauen mit dem Alter rapide ab, bis auf unter 10 % bei den 80-jährigen und älteren Frauen. Dementsprechend leben 51 % der 65-jährigen und älteren Frauen, aber nur 17 % der gleichaltrigen Männer in Ein-Personen-Haushalten (bezogen auf alle in Privathaushalten Lebenden). Rund 0,9 Millionen bzw. 6,9 % der 65-Jährigen und Älteren wohnen in Einrichtungen für ältere Menschen oder speziellen Altenwohnungen (RKI 2002; Statistisches Bundesamt 2005).

Die materielle Lage der Haushalte älterer Menschen stellt sich im Großen und Ganzen betrachtet als relativ günstig dar. Im Jahre 2002 betrug das äquivalenzgewichtete Monatseinkommen von Zweipersonenhaushalten älterer Menschen zwischen 1.663 und 1.784 Euro (je nach genauem Alter). Allein Lebenden standen hingegen monatlich nur zwischen 1.274 und 1.344 Euro zur Verfügung. Die mittleren Einkommen der allein lebenden Frauen waren am niedrigsten; sie betrugen zwischen 1.226 und 1.283 Euro. Ostdeutsche Ältere weisen nur eine Einkommensposition von rund 75 % bezogen auf das mittlere Einkommen der Gesamtbevölkerung auf und sind damit deutlich schlechter gestellt als ältere Menschen in Westdeutschland mit knapp 95 % (Cirkel et al. 2004).

Von Einkommensarmut sind im höheren Lebensalter inzwischen weniger Menschen betroffen als in den jüngeren Bevölkerungsgruppen. Das Risiko der Einkommensarmut unter den Älteren ist seit 1998 von 13,3 % auf 11,4 % zurückgegangen. Es ist damit 2003 deutlich geringer als in der Gesamtbevölkerung. Auch liegt der Anteil der Älteren, die Sozialhilfe beziehen, deutlich unter dem gesamtgesellschaftlichen Durchschnitt (1,3 % gegenüber 3,3 % im Jahr 2002). Allerdings spielen hier das Geschlecht und Haushaltsgröße eine stark differen-

zierende Rolle: Beispielsweise lag die Armutsrisikoquote allein lebender Frauen im Alter von 65 bis 74 Jahren bei 29,3 %; im höheren Alter nimmt sie noch bis auf 31,4 % zu (BMGS 2005).

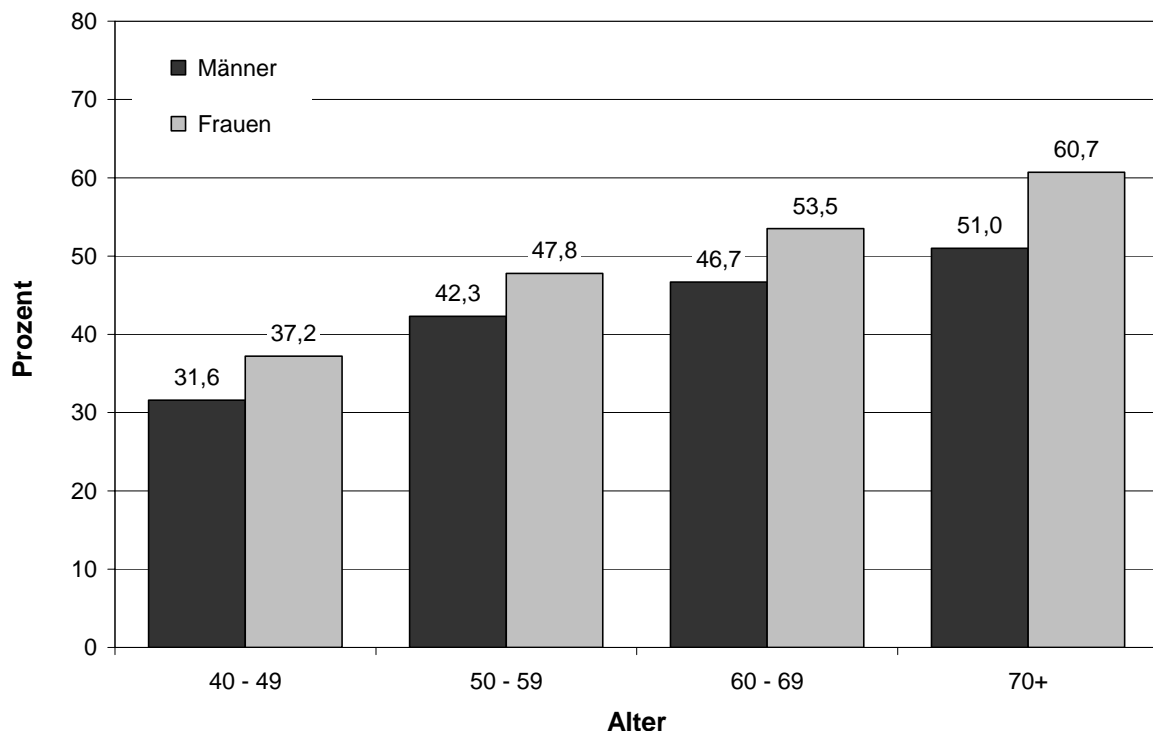
9.2 Körperliche und psychische Erkrankungen im Alter

Im fortgeschrittenen Lebensalter ist die Vulnerabilität des menschlichen Organismus auf Grund von physiologischen und morphologischen Veränderungen erhöht. Zum Ausdruck kommt dies unter anderem in einer verminderten Sehkraft, einem nachlassenden Hörvermögen, einer abnehmenden Lungenfunktion, einem höheren Blutdruck, einer geringeren Knochendichte, einer geringeren Glukosetoleranz, erhöhten Cholesterinwerten und arteriosklerotischen Gefäßveränderungen (Schildberg, Kiffner 1987; Kanowski 1984). Diese physiologischen Veränderungen gehören zum Alter, sie können aber interindividuell sehr unterschiedlich ausgeprägt sein, wobei neben der genetischen Disposition auch Aspekte der Lebenssituation und Lebensführung zum Tragen kommen. Infolge der verminderten Leistungs- und Anpassungsfähigkeit von Organen und Organsystemen nimmt die Auftretenswahrscheinlichkeit von Krankheiten, Funktionsstörungen und daraus resultierender Hilfsbedürftigkeit altersabhängig zu (Steinhagen-Thiessen et al. 1994; Steinhagen-Thiessen, Borchelt 1996).

Das Krankheitsspektrum im Alter wird heute überwiegend von chronisch-degenerativen, in ihrem Verlauf fortschreitenden und irreversibeln Erkrankungen bestimmt. Diese Erkrankungen können bereits früher im Leben aufgetreten sein oder sich erst im Alter manifestieren. Viele **chronische Krankheiten** bringen einen medizinischen Behandlungsbedarf mit sich, der zumeist mit der Krankheitsdauer zunimmt und bis ans Lebensende besteht. Aktuelle Informationen zur Verbreitung von chronischen Krankheiten in der Bevölkerung liefert der telefonische Gesundheitssurvey 2003. Abbildung 9.1 stellt den Anteil der Personen mit mindestens einer selbstberichteten chronischen Krankheit oder Gesundheitsstörung in verschiedenen Altersgruppen dar und verdeutlicht dadurch die alterskorrelierte Zunahme der Krankheitshäufigkeit bis auf 51,0 % bei 70-jährigen und älteren Männern und 60,7 % bei gleichaltrigen Frauen.

Abbildung 9.1**Vorliegen mindestens einer selbstberichteten Krankheit oder Gesundheitsstörung nach Alter und Geschlecht**

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003



Im Bundes-Gesundheitssurvey 1998, der für die 18- bis 79-jährige Bevölkerung in Deutschland repräsentativ ist, wurde nach dem Vorkommen von insgesamt 43 Krankheiten und Gesundheitsstörungen gefragt. In der Gruppe der 60- bis 79-Jährigen waren 86,8 % der Männer und 92,1 % der Frauen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung von mindestens einer der Krankheiten betroffen. Im Durchschnitt gaben Männer dieses Alters 2,6 und Frauen 3,3 Krankheiten an. Gleichzeitig wird aber auch deutlich, dass die Mehrheit der 60- bis 79-Jährigen nicht unter einer schweren, lebensbedrohlichen Krankheit leidet (Wiesner et al. 2003).

Ein genaueres Bild des Krankheitsgeschehens im Alter lässt sich anhand von Daten der Berliner Altersstudie wiedergeben, da in dieser Studie ein umfassendes geriatrisches Assessment durchgeführt wurde. Demnach sind 96 % der 70-jährigen und älteren Menschen von mindestens einer und rund 30 % von fünf oder mehr behandlungsbedürftigen internistischen, neurologischen oder orthopädischen Erkrankungen betroffen. Zu den häufigsten Krankheiten und Gesundheitsstörungen zählen Hyperlipidämie, Varikosis, Zerebralarteriosklerose, Herzinsuffizienz, Arthrose, Dorsopathie und arterielle Hypertonie – mit Prävalenzen zwischen 45 % und 76 %. Auch Diabetes mellitus Typ 2 (18,5 %), koronare Herzkrankheit (23,3 %), arterielle Verschlusskrankheit (35,6 %) und chronisch obstruktive Lungenerkrankung

(25,3 %) sind bei 70-Jährigen und Älteren weit verbreitet (Steinhagen-Thiessen, Borchelt 1996).

Weiteren Aufschluss geben Daten zur gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen. Aus Tabelle 9.1 ist die Anzahl der vollstationären Krankenhausbehandlungsfälle je 100.000 der Bevölkerung nach Krankheitsdiagnoseklassen, Altersgruppen und Geschlecht zu ersehen. Das stationäre Versorgungsgeschehen wird durch Krankheiten des Kreislaufsystems dominiert. Daneben kommt bösartigen Neubildungen, Krankheiten der Verdauungsorgane, muskulo-skeletalen Krankheiten sowie Verletzungen und Vergiftungen große Bedeutung für vollstationäre Behandlungen zu.

Tabelle 9.1

Anzahl vollstationärer Krankenhausbehandlungsfälle im Jahr 2002, pro 100.000 der Bevölkerung nach Diagnosegruppen, Alter und Geschlecht

Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik 2002

ICD-10	Diagnose/Behandlungsanlass	Männer		Frauen	
		65 - 74	75+	65 - 74	75+
A00-B99	Bestimmte infektiöse u. parasitäre Krankheiten	581	1.090	505	1.049
C00-D48	Neubildungen	8.086	8.615	5.314	4.853
D50-D89	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	263	598	259	636
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	1.090	1.564	1.299	2.151
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	789	1.313	895	1.584
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	1.877	2.390	1.181	1.971
H00-H95	Krankheiten des Auges und des Ohres	1.411	2.703	1.641	3.222
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	12.389	17.843	7.557	14.072
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	2.332	4.907	1.166	2.707
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	4.362	6.120	3.270	5.167
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	383	570	328	583
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	2.863	2.627	4.129	3.439
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	321	2.121	2.041	2.104
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die a.n.k. sind	520	2.219	892	2.008
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	1.195	14.533	2.774	6.770

Aussagen über die Verbreitung von **Krebserkrankungen** im höheren Lebensalter sind auch anhand von Daten der Dachdokumentation Krebs am Robert Koch-Institut möglich. Für das Jahr 2000 lässt sich zeigen, dass von allen Neuerkrankungen an Krebs bei Frauen 36,0 % und bei Männern 24,9 % auf die 75-Jährigen und Älteren entfallen (Haberland et al. 2001). In dieser Altersgruppe ergibt sich bei Frauen die höchste Inzidenz für Darmkrebs (ICD-9 153-4,

ICD-10 C18-21), gefolgt von Brustkrebs (ICD-9 174) und Krebserkrankungen des Magens (ICD-9 151, ICD-10 C16). Für Männer zeigt sich ein abweichendes Bild, da die meisten Krebsneuerkrankungen im Jahr 2000 auf Prostatakrebs (ICD-9 185, ICD-10 C61) entfielen, noch vor Darmkrebs (ICD-9 153-4, ICD-10 C18-21) und Lungenkrebs (ICD-9 162, ICD-10 C33-34).¹

Aus psychiatrischer Sicht stehen im Alter zwei Krankheitsgruppen im Vordergrund: Demenzen und Depressionen. **Demenzen** bezeichnen einen fortschreitenden Verlust an Gedächtnisleistungen und kognitiven Funktionen mit daraus resultierenden Störungen der Affektkontrolle, des Antriebs sowie des Sozialverhaltens. Krankheiten des demenziellen Formenkreises, zu denen z.B. die Alzheimerkrankheit oder die vaskuläre Demenz zählen, sind eine wesentliche Ursache für Hilfebedürftigkeit und die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen. In Deutschland leiden Schätzungen zufolge mehr als 950.000 Menschen an mittelschwer und schwer ausgeprägten Demenzerkrankungen, wobei die Prävalenzen ausgehend von unter 1 % bei den 65- bis 69-Jährigen bis auf fast 35 % bei den 90-Jährigen und Älteren zunehmen. Vorliegenden Vorausberechnungen zufolge könnte die Zahl der Demenzkranken bis zum Jahr 2040 im Zuge der demographischen Alterung auf 1,8 Millionen ansteigen und damit die gesellschaftlichen Sicherungs- und Versorgungssysteme vor große Herausforderungen stellen (Bickel 1999; vgl. Dinkel 1999).

Im Hinblick auf **Depressionen** sind insbesondere Majore Depressionen (nach DSM-IV) und Dysthymien zu beachten. Majore Depressionen zeichnen sich durch eine stark ausgeprägte Symptomatik aus, die wahrscheinlich sowohl durch eine endogene als auch eine erlebnisreaktive Komponente bestimmt ist. Die Symptomatik von Dysthymien ist schwächer ausgeprägt, aber ebenfalls chronifiziert und im Allgemeinen lange anhaltend. Das Risiko einer depressiven Erkrankung ist vor allem bei Partnerverlust, bei subjektiv erlebter Einsamkeit sowie bei körperlichen Erkrankungen und Behinderungen erhöht. In der Berliner Altersstudie wurde bei 3,5 % der 70-jährigen und älteren Männer und 5,9 % der gleichaltrigen Frauen eine Majore Depression festgestellt. Die Prävalenz von Dysthymien lag für beide Geschlechter bei 2,0 %. Daneben sind Störungen mit subdiagnostischer Symptomatik zu beachten², die bei etwa 18 % der 70-Jährigen und Älteren gefunden werden (Helmchen et al. 1996; RKI 2002).

¹ Da gegenwärtig in Deutschland keine vollständige und flächendeckende Krebsregistrierung existiert, beruhen die Daten zur Inzidenz von Krebserkrankungen auf Schätzungen. Die Schätzung der Inzidenzen für Deutschland ist über ein indirektes Verfahren – auf der Basis der Daten eines Referenzregisters – möglich. Die Datenbasis des Referenzregisters entstammt im Wesentlichen dem saarländischen Krebsregister, ergänzt um Daten weiterer Register, die als ausreichend vollzählig erachtet werden (Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister 2004).

² Mit diesem Begriff wird eine psychopathologische Symptomatik beschrieben, die zwar für die Lebensqualität und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von Bedeutung ist, die jedoch die Diagnosekriterien der üblicherweise verwendeten Klassifikationen ICD (Internationale Klassifikation der Krankheiten) und DSM (Diagnostisch-statistisches Manual der American Psychiatric Association) nur zum Teil erfüllt.

Spezifische Versorgungsbedarfe resultieren aus dem gleichzeitigen und gehäuftten Auftreten von Krankheiten. Dies gilt auch und insbesondere für das Nebeneinander von körperlichen und psychischen Erkrankungen. Häufig wird **Multimorbidität** an der Gleichzeitigkeit von fünf und mehr Krankheiten festgemacht. Gemäß der Befunde der Berliner Altersstudie trifft dies – bei alleiniger Berücksichtigung körperlicher Krankheiten – auf fast ein Drittel der 70-Jährigen und Älteren und auf fast die Hälfte der 85-Jährigen und Älteren zu.

9.3 Hilfebedarfe älterer Menschen und Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen

Chronische Krankheiten können organische Schädigungen und Funktionseinbußen hervorrufen, z.B. Seh-, Hör- und Sprechstörungen oder Bewegungseinschränkungen, die ihrerseits in Einschränkungen der Selbstversorgung und Lebensführung zum Ausdruck kommen können. Gerade im höheren Alter gehen chronische Krankheiten oftmals mit einem dauerhaften und fortschreitenden Hilfe- und Versorgungsbedarf einher. Im Kontext der Sozialpolitik stellt sich die Aufgabe der verbindlichen Feststellung eines Hilfe- und Pflegebedarfs und der dadurch bestimmten Zuweisung von Versicherungsleistungen. Die gesetzliche Grundlage hierfür liefert in Deutschland das Pflegeversicherungsgesetz, demzufolge Personen pflegebedürftig sind, wenn sie „wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen“ (SGB XI, §14). Der Hilfebedarf wird nach Art, Häufigkeit und zeitlichem Pflegeaufwand in drei Pflegestufen unterteilt. Für die Bemessung des Hilfebedarfs werden Verrichtungen des täglichen Lebens aus den Bereichen der Körperpflege, Ernährung und Mobilität sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung herangezogen.³

Im Jahr 2002 waren 2,003 Mio. Versicherte der sozialen und privaten Pflegeversicherung als pflegebedürftig anerkannt. Setzt man diese in Relation zur Gesamtbevölkerung, so waren 2,4 % der Menschen in Deutschland pflegebedürftig. In der Verteilung der Pflegebedürftigkeit treten ausgeprägte alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede zutage. Bis zum Alter von 55 Jahren liegt der Anteil der Pflegebedürftigen bei Frauen wie Männern unter 1 % und steigt dann bis zum Alter von 65 Jahren leicht auf 1,4 % bei Frauen und 1,7 % bei Männern an. Danach nimmt die Prävalenz sprunghaft zu, bis auf 62,7 % bei 90-jährigen und älteren

³ Pflegestufe I („erhebliche Pflegebedürftigkeit“): mindestens einmal täglich Hilfebedarf bei wenigstens zwei Verrichtungen aus dem Bereich der Grundpflege; zeitlicher Pflegeaufwand von mindestens 1,5 Stunden am Tag.
Pflegestufe II („Schwerpflegebedürftigkeit“): Hilfebedarf in der Grundpflege, der mindestens dreimal täglich und zu verschiedenen Tageszeiten anfällt; zeitlicher Pflegeaufwand von mindestens drei Stunden am Tag.
Pflegestufe III („Schwerstpflegebedürftigkeit“): Hilfebedarf in der Grundpflege, der rund um die Uhr einschließlich der Nacht besteht; zeitlicher Pflegeaufwand von mindestens fünf Stunden am Tag.

Frauen bzw. 37,5 % bei gleichaltrigen Männern. Die stärkere Betroffenheit der Frauen zeigt sich etwa ab dem 75. Lebensjahr und weitet sich im Altersgang sukzessive aus. Fasst man die psychiatrischen Krankheitsbilder, die unspezifischen Symptome und die bei den Krankheiten des Nervensystems berücksichtigte Alzheimer-Krankheit zusammen, so stellen demenzielle Erkrankungen die häufigste Ursache von Pflegebedürftigkeit dar. In der Altersgruppe der 80-Jährigen und Älteren wird Pflegebedürftigkeit in mehr als 35 % der Fälle durch eine demenzielle Erkrankung begründet (RKI 2004).

Von den anerkannt Pflegebedürftigen werden 1,368 Millionen zu Hause und 0,635 Millionen in einem Pflegeheim gepflegt. Die zu Hause gepflegten Personen sind zu 56,0 % in die Pflegestufe I eingestuft. Der Anteil der Empfänger der Pflegestufe II liegt in der häuslichen Pflege bei 34,0 % und der Anteil der Pflegestufe III bei 10,0 %. Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, können zwischen den Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes (Sachleistung) und dem Pflegegeld wählen. Möglich ist auch, Sach- und Geldleistung dem gewünschten Pflegearrangement entsprechend zu kombinieren (Kombinationsleistung). Bei den Leistungsempfängern in stationären Pflegeeinrichtungen liegt der Anteil der Pflegestufe I bei 37,7 %, während 41,8 % auf die Pflegestufe II und 20,4 % auf die Pflegestufe III entfallen. Erwartungsgemäß werden Pflegebedürftige mit einer höheren Pflegestufe häufiger in einem Pflegeheim gepflegt als solche mit einer niedrigeren Pflegestufe. Versicherte, die in einem Pflegeheim gepflegt werden, haben Anspruch auf vollstationäre Leistungen, die die pflegebedingten Aufwendungen und – im Rahmen einer Übergangsregelung – die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung abdecken. Für die Unterkunft und Verpflegung müssen die Pflegebedürftigen allerdings selbst aufkommen. Insgesamt lässt sich für die letzten Jahre eine leichte Verschiebung in Richtung auf die professionelle und stationäre Pflege feststellen (RKI 2004).

9.4 Subjektive Gesundheit und Lebensqualität im Alter

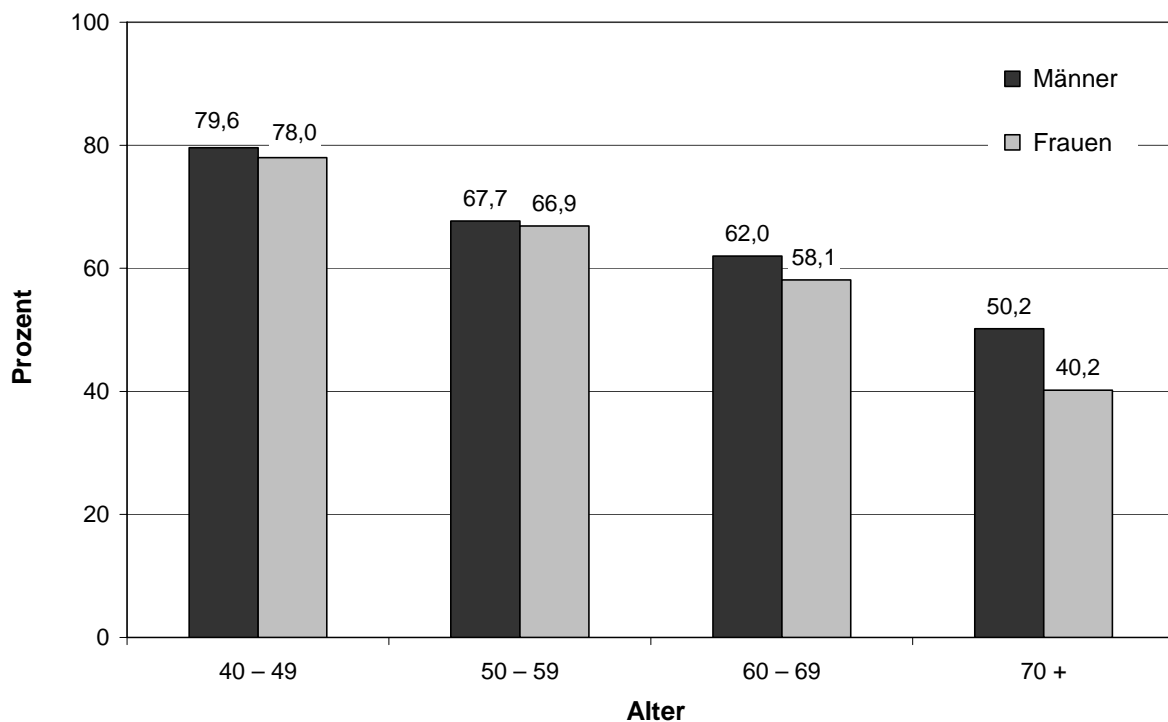
Die subjektive Gesundheit wird gerade mit Blick auf ältere Menschen als sensibler Indikator für die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und die fernere Lebenserwartung angesehen. Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 schätzten mehr als drei Viertel der befragten Männer und Frauen im Alter von 40 bis 49 Jahre ihren **allgemeinen Gesundheitszustand** als gut oder sehr gut ein.

Mit zunehmenden Alter ist zwar eine schrittweise Verringerung dieses Anteils zu beobachten, aber auch noch in der Gruppe der 70-Jährigen und Älteren gelangen 50,2 % der Männer und 40,2 % der Frauen zu einer positiven Beurteilung ihrer gesundheitlichen Situation. Angesichts der weiten Verbreitung von Krankheiten und Funktionseinbußen in dieser Altersgruppe wird deutlich, dass der „objektive“ Gesundheitsstatus und das „subjektive“ Gesundheitsurteil erheblich auseinander fallen können (Abbildung 9.2).

Abbildung 9.2

Anteil der Personen mit sehr guter oder guter selbst eingeschätzter Gesundheit

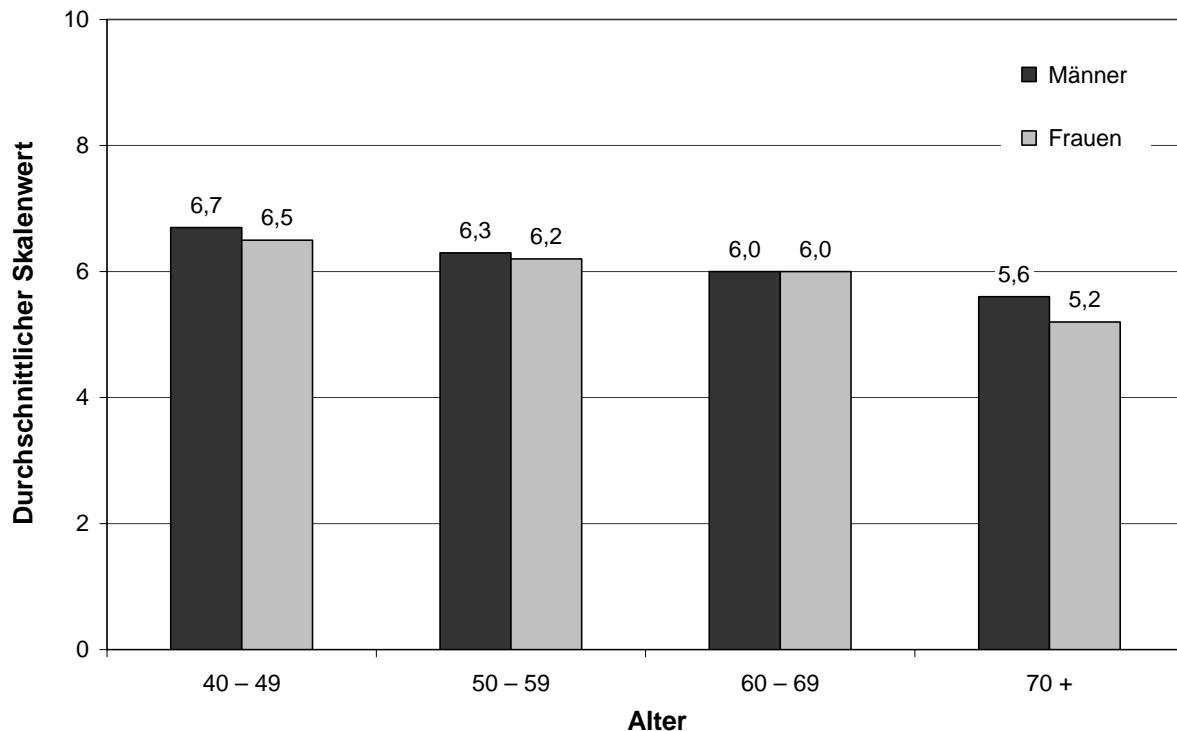
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003



Aktuelle Daten zur **Zufriedenheit mit der Gesundheit** liefert das Sozio-oekonomische Panel aus dem Jahr 2003. Ausgehend von einer elfstufigen Skala (0 = sehr unzufrieden bis 10 = sehr zufrieden) ergibt sich die niedrigste Zufriedenheit für die Gruppe der 70-jährigen und Älteren, wobei Männer etwas höhere Werte erzielen als Frauen (Abbildung 9.3). Die Unterschiede zwischen dem mittleren und höheren Alter sind aber geringer als angesichts der alterskorrelierten Zunahme von Krankheiten und Gesundheitsstörungen hätte angenommen werden können.

Abbildung 9.3**Durchschnittliche Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit**

Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2003



Aussagen über Veränderungen der **subjektiven Gesundheit** im Alternsverlauf lassen sich auf Basis von Daten des Alterssurveys aus den Jahren 1996 und 2002 treffen. Für erste Analysen wurden vom Deutschen Zentrum für Altersfragen drei Altersgruppen gebildet: 46-60, 61-75 und 76-91 Jahre. Für die jüngste und älteste Altersgruppe wird im Beobachtungszeitraum eine bedeutsame Verschlechterung der selbsteingeschätzten Gesundheit sowie eine Zunahme gesundheitsbedingter Einschränkungen in der Alltagsbewältigung berichtet. In der mittleren Altersgruppe treten keine signifikanten Veränderungen der subjektiven Gesundheit zutage. Dafür lässt sich wie in den anderen beiden Altersgruppen ein häufigeres Auftreten einer chronischen Krankheit oder eines Unfalls feststellen. Eine Zunahme von Hilfebedürftigkeit, die anhand von basalen Aktivitäten der Selbstversorgung erhoben wurde, findet sich nur in der ältesten Gruppe (Wurm 2003).

9.5 Lebenslage und Gesundheit im Alter

Über den Einfluss der sozialen Lage auf den Alternsverlauf und die gesundheitliche Situation im höheren Lebensalter ist noch relativ wenig bekannt. Die sozialepidemiologische Forschung konzentriert sich nach wie vor insbesondere auf das mittlere Lebensalter, während die Altersforschung zwar zahlreiche Befunde zur Gesundheit älterer und hochbetagter Menschen liefert, diese aber nur selten im Zusammenhang mit den Lebensbedingungen im Alter und im vorgängigen Lebensverlauf diskutiert. In Deutschland finden sich lediglich zwei Studien, in denen aussagekräftige Ergebnisse zur sozialen Ungleichheit der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken im höheren Lebensalter berichtet werden. Im Rahmen der Berliner Altersstudie konnte gezeigt werden, dass weder die Bildung noch die frühere berufliche Position einen bedeutsamen Einfluss auf körperliche und funktionelle Aspekte der Gesundheit von 70-jährigen und älteren Menschen ausübt. Bei Männern wie Frauen erweist sich aber ein hohes Bildungsniveau als protektiver Faktor bei der Entwicklung einer Altersdemenz (Lampert 2000; Mayer, Wagner 1996). Ebenso lässt sich ein Zusammenhang zwischen dem sozio-ökonomischen Status, gemessen über die Schulbildung, frühere berufliche Position und aktuelle Einkommenslage, und der prospektiv untersuchten Mortalität feststellen, der bei Männern vor allem im Alter 70 bis 85 Jahre und bei Frauen auch noch im höheren Alter beobachtet werden kann (Lampert et al. 2004).

Die zweite Studie zielt auf einen Vergleich zwischen Deutschland und den Vereinigten Staaten und basiert auf Daten von telefonischen Befragungen 60-jähriger und älterer Menschen, die in den Jahren 2000 und 2001 durchgeführt wurden. Für die US-amerikanischen Studienteilnehmer ließen sich keine bedeutsamen Zusammenhänge zwischen der subjektiven Gesundheit, Depressionen bzw. funktionellen Einschränkungen und den betrachteten sozio-ökonomischen Indikatoren Einkommen, Bildungsjahre, Berufsprestige, Hauseigentum und Vermögenswerte herstellen. Bezogen auf Deutschland stellte sich einzig die Einkommenslage als Prädiktor für den Gesundheitszustand älterer Menschen heraus, was sich insbesondere in einem höheren Depressionsrisiko in der niedrigsten Einkommensgruppe abzeichnet (Knesebeck et al. 2003).

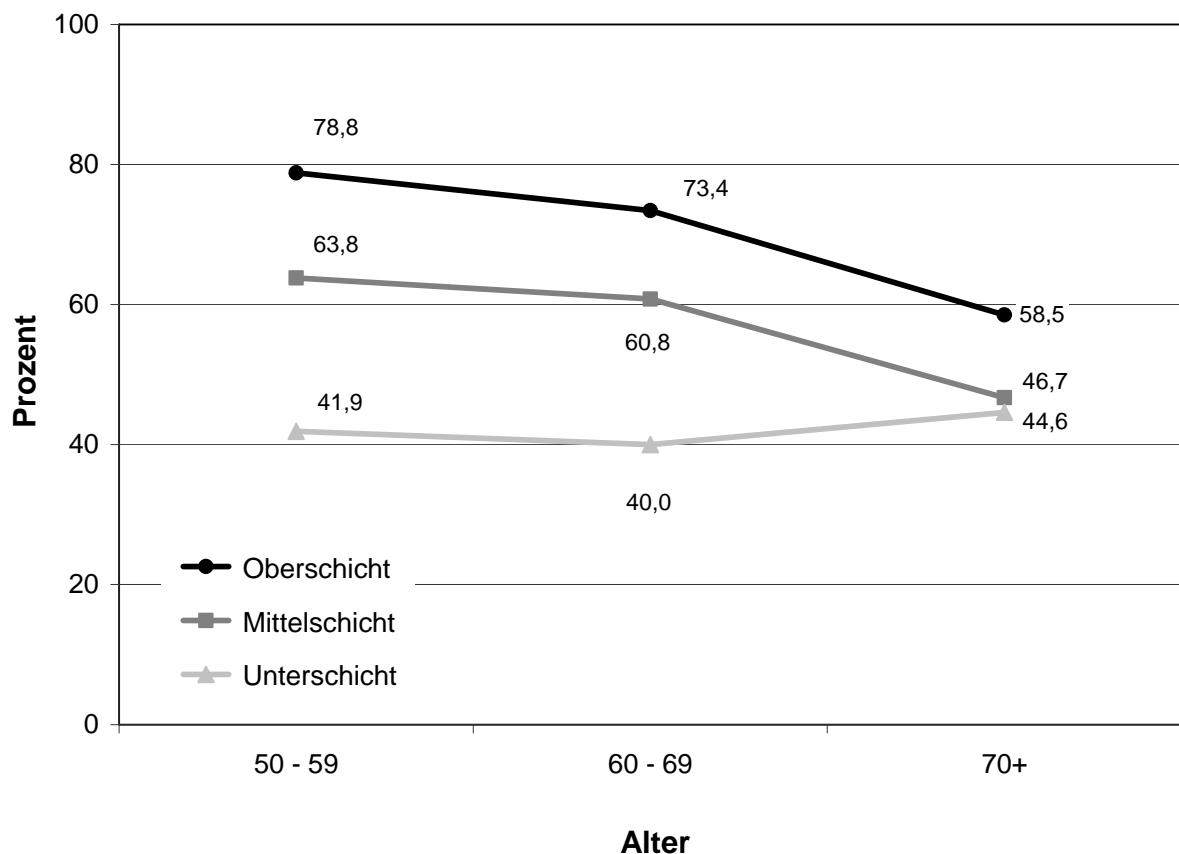
Dass sich die soziale Ungleichheit im höheren Lebensalter im geringeren Maße in der Gesundheit niederschlägt, lässt sich auch mit den Daten des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 bestätigen. Abbildungen 9.4 und 9.5 kann entnommen werden, wie sich der Einfluss der Schichtzugehörigkeit auf die Selbsteinschätzung der Gesundheit im Altersgang verändert. Die Sozialschicht wird dabei über einen aggregierten Index erfasst, der auf Angaben

zum Bildungsniveau, Haushaltsnettoeinkommen und beruflichen Status basiert und zwischen einer Unter-, Mittel- und Oberschicht unterscheidet (Winkler, Stolzenberg 1999).

Abbildung 9.4

Anteil der Männer mit sehr guter oder guter selbst eingeschätzter Gesundheit nach Schichtzugehörigkeit

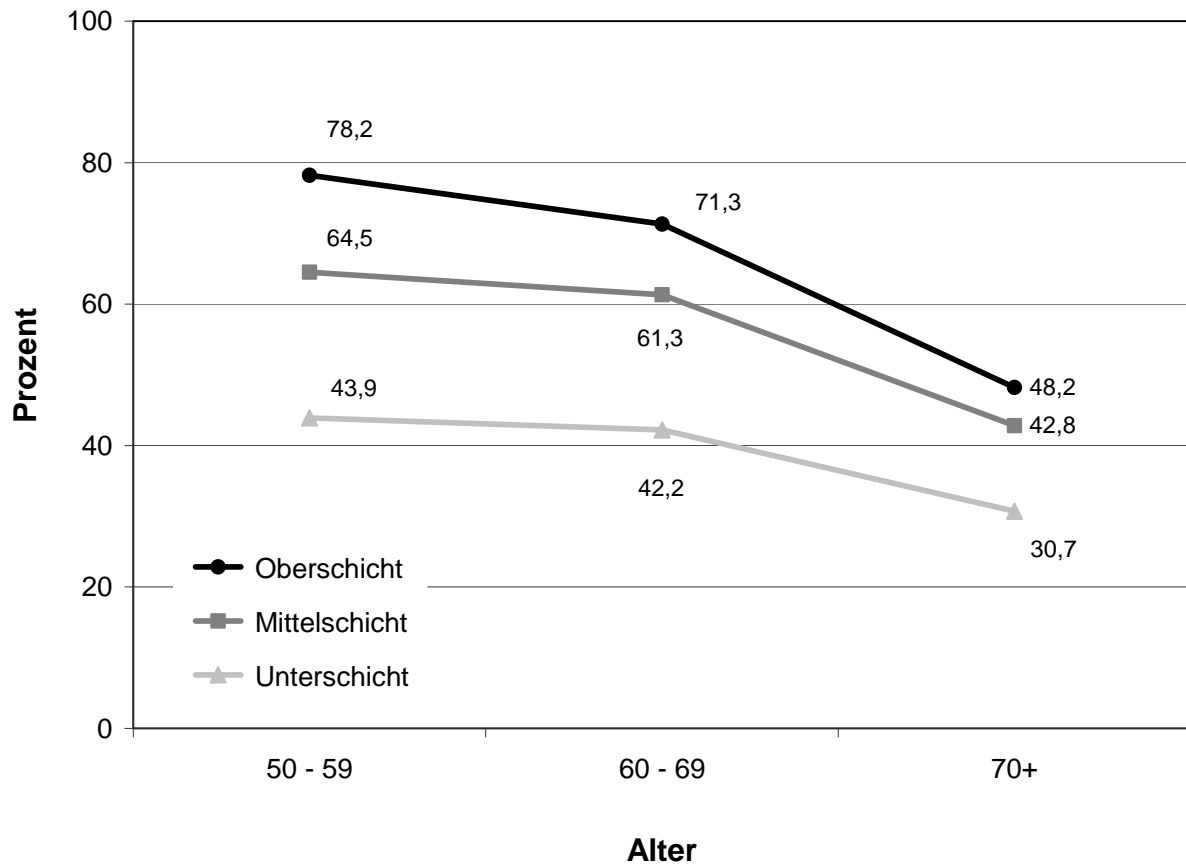
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003



Bei 50- bis 59-jährigen Männern lässt sich ein stark ausgeprägtes Schichtgefälle beobachten: Fast 80 % der Männer aus der Oberschicht und 63 % der Männer aus der Mittelschicht, aber nur knapp über 40 % der Männer aus der Unterschicht beurteilen ihre eigene Gesundheit als gut oder sehr gut. In der Altersgruppe der 60- bis 69-jährigen zeichnen sich diese Unterschiede ähnlich stark ab, während bei den 70-jährigen und älteren Männern nur noch geringe schichtspezifische Variationen ermittelt werden können. Auch für Frauen lässt sich ein mit dem Alter abnehmender Einfluss der Schichtzugehörigkeit auf die Selbsteinschätzung der Gesundheit feststellen.

Abbildung 9.5**Anteil der Frauen mit sehr guter oder guter selbst eingeschätzter Gesundheit nach Schichtzugehörigkeit**

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003



Ähnliche schichtspezifische Zusammenhangs- und Verlaufsmuster lassen sich im Hinblick auf die Auftretenswahrscheinlichkeit einer chronischen Krankheit oder Gesundheitsstörung sowie gesundheitsbedingter Einschränkungen bei der Alltagsbewältigung beobachten (Tabelle 9.2). Sowohl bei Männern als auch bei Frauen zeigen sich in der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen markante Schichtgradienten, die im weiteren Altersgang sukzessive abnehmen und bei den 70-Jährigen und Älteren nur noch schwach ausgeprägt sind.

Tabelle 9.2**Verbreitung chronischer Krankheit und gesundheitsbedingter Einschränkungen im Alltag nach Schichtzugehörigkeit (Angaben in %)**

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

	Männer			Frauen		
	50-59	60-69	70+	50-59	60-69	70+
Chronische Krankheit						
Oberschicht	37,1	42,0	54,9	42,3	43,5	53,4
Mittelschicht	45,7	49,7	49,5	49,1	53,7	62,4
Unterschicht	46,8	47,7	47,3	58,5	60,2	62,3
Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag						
Oberschicht	28,6	37,7	51,1	32,5	42,1	56,2
Mittelschicht	39,4	41,2	53,6	40,1	42,4	53,4
Unterschicht	53,2	46,7	49,1	46,2	48,8	59,0

9.6 Diskussion

Im höheren Lebensalter treten chronische Krankheiten und Funktionseinbußen vermehrt auf und vermindern die Fähigkeit zu einer selbstständigen Lebensführung. Geht man von den vorliegenden Bevölkerungsprognosen aus, dann wird die Zahl älterer Menschen und deren Anteil an der Gesamtbevölkerung in den nächsten Jahrzehnten weiter ansteigen und die gesellschaftlichen Sicherungs- und Versorgungssysteme vor große Herausforderungen stellen. Krankheit und Hilfsbedürftigkeit im Alter erfordern eine qualitativ hochwertige und dem jeweiligen Bedarf gerecht werdende medizinische und pflegerische Versorgung. Von großer Bedeutung sind dabei eine frühzeitige Erkennung von Krankheitsanzeichen und eine rechtzeitige medizinische Intervention. Im Krankheitsfall können Rehabilitationsmaßnahmen dazu beitragen, Folgeschäden einzudämmen und die Fähigkeit zur Selbstversorgung zu erhalten oder wiederzugewinnen. Das vorrangige Ziel sollte aber sein, durch präventive, möglichst früh ansetzende Maßnahmen der Entstehung von Erkrankungen und Funktionseinbußen vorzubeugen.

Die im mittleren Lebensalter stark ausgeprägte soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken findet im höheren Lebensalter ein weitaus schwächeren Ausdruck. Diese Aussage lässt sich auch durch in anderen Ländern durchgeführte Untersuchungen bekräftigen. Sowohl für die Vereinigten Staaten wie auch für Großbritannien und Schweden wird berichtet, dass sich die sozio-ökonomisch bedingten Disparitäten im Gesundheitsstatus und in der Lebenserwartung spätestens ab dem 60. Lebensjahr verringern. Während in den ersten Jahren nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben das Erkrankungs- und Sterbe-

risiko in den unteren Statusgruppen noch signifikant erhöht ist, lassen sich im hohen Alter keine Unterschiede mehr beobachten (Robert, House 1996; Lundberg, Kåreholt 1994; Marmot, Shipley 1996).

Diese Forschungsbefunde bestätigen die Arbeitswelt als zentralen Entstehungsort sozialer Ungleichheit und deren Auswirkungen auf die Gesundheit. Der Übergang in den Ruhestand bringt nicht nur Veränderungen in Bezug auf arbeits- und berufsbezogene Belastungen und Ressourcen mit sich, gleichzeitig erfolgt eine Anpassung der Lebensführung an die veränderten Lebensumstände. Der gesundheitsrelevante Einfluss der sozialen Lage im höheren Lebensalter ist aber auch vor dem Hintergrund der endogenen Alternsprozesse zu sehen, die weitgehend genetisch determiniert sind. Schließlich ist zu bedenken, dass alte Menschen und insbesondere die Hochbetagten eine selektive Gruppe relativ gesunder Überlebender darstellen. Insofern könnten die relativ geringen sozial bedingten Gesundheitsunterschiede in der älteren Bevölkerung auch darauf zurückzuführen sein, dass die am stärksten sozial wie gesundheitlich benachteiligten Personen bereits verstorben sind (Lampert, Maas 2002; Lampert et al. 2004).

Literaturverzeichnis

- Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland (Hrsg.) (2004) Krebs in Deutschland. Häufigkeiten und Trends. Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland, Saarbrücken
- Bickel H (1999) Epidemiologie der Demenzen. In Förstl H, Bickel H, Kurz A (Hrsg.) Alzheimer Demenz. Grundlagen, Klinik und Therapie. Berlin Heidelberg, S. 9-32
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005) Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. BMGS, Bonn
- Cirkel M, Hilbert J, Schalk C (2004) Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter. Expertise für den 5. Altenbericht der Bundesregierung. BMFSFJ, Bonn
- Dinkel RH (1999) Demographische Entwicklung und Gesundheitszustand. Eine empirische Kalkulation der Healthy Life Expectancy für die Bundesrepublik auf der Basis von Kohortendaten. In Häfner H (Hrsg.) Gesundheit – unser höchstes Gut? Springer, Berlin, S. 61-83
- Helmchen H, Baltes MM, Geiselman B, Kanowski S, Linden M, Reischies FM, Wagner M, Wilms HU (1996) Psychische Erkrankungen im Alter. In Mayer KU, Baltes PB (Hrsg.) Die Berliner Altersstudie. Akademie Verlag, Berlin, S. 185-219
- Kanowski S (1984) Gesundheit und Krankheit im Alter. In Oswald WD, Lehr UM, Thomae H (Hrsg.) Gerontologie. Kohlhammer W, Stuttgart, S. 184-189
- Knesebeck O v.d., Lüschen G, Cockerham WC, Siegrist J (2003) Socioeconomic Status and Health Among the Aged in the United States and Germany: A Comparative Cross-Sectional Study. Social Science and Medicine 57, pp. 1643-1652
- Kohli M, Kunemund H (Hrsg.) (2000) Die zweite Lebenshälfte – Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Leske+Budrich, Opladen
- Lampert T (2000) Sozioökonomische Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter. Alters- und geschlechtsspezifische Differenzen. In Backes GM, Clemens W (Hrsg.) Lebenslagen im Alter. Gesellschaftliche Bedingungen und Grenzen. Leske+Budrich, Opladen, S. 159-185
- Lampert T, Maas I (2002) Sozial selektives Überleben ins und im Alter. In Backes GM, Clemens W (Hrsg.) Zukunft der Soziologie des Alter(n)s. Opladen, Leske + Budrich, S. 219-249
- Lampert T, Maas I, Mayer KU (2004) Sozio-ökonomische Disparitäten in der Mortalität – Wie stark sind die Unterschiede im hohen Alter ausgeprägt? In Behrens J, Berger P (Hrsg.) Ungleiche Gesundheit und die Soziologie sozialer Ungleichheit. Leske+Budrich, Opladen
- Lundberg O, Kåreholt I (1996) The social patterning of mortality in a cohort of elderly Swedes. In Yearbook of Population Research in Finland 33, pp. 101-110
- Marmot M, Shipley MJ (1996) Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. In British Medical Journal 313, pp. 1177-1180

- Mayer KU, Baltes P (Hrsg.) (1996) Die Berliner Altersstudie. Akademie Verlag, Berlin
- Mayer KU, Wagner M (1996) Lebenslagen und soziale Ungleichheiten im hohen Alter. In Mayer KU, Baltes PB (Hrsg.) Die Berliner Altersstudie. Akademie Verlag, Berlin, S. 251-275
- Mayer KU, Baltes PB, Baltes MM, Borchelt M, Delius J, Helmchen H, Linden M, Smith J, Staudinger UM, Steinhagen-Thiessen E, Wagner M (1996) Wissen über das Alter(n): Eine Zwischenbilanz der Berliner Altersstudie. In Mayer KU, Baltes PB (Hrsg.) Die Berliner Altersstudie. Akademie Verlag, Berlin, S. 599-634
- Robert Koch-Institut (2002) Gesundheit im Alter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 13. RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut (2004) Schwerpunktbericht Pflege. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Robert S, House JS (1996) SES differentials in health by age and alternative indicators of SES. *Journals of Aging and Health* 8, pp. 359-388
- Schildberg FW, Kiffner E (1987) Chirurgische Therapie im höheren Lebensalter – Eine Standortbestimmung. In Schütz RM (Hrsg.) *Alter und Krankheit*. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S. 154-166
- Statistisches Bundesamt (2005) Tabellen und Grafiken zur Bevölkerung in Deutschland, www.destatis.de, 23.02.2005
- Steinhagen-Thiessen E, Borchelt M (1996) Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In Mayer KU, Baltes PB (Hrsg.) Die Berliner Altersstudie. Akademie Verlag, Berlin, S. 151-183
- Steinhagen-Thiessen E, Gerok W, Borchelt M (1994) Innere Medizin und Geriatrie. In Baltes PB, Mittelstraß J, Staudinger U (Hrsg.) *Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie*. Berlin New York, Walter de Gruyter, S. 124-150
- Wiesner G, Grimm J, Bittner E (2003) Multimorbidität in Deutschland. Stand - Entwicklung - Folgen. Robert Koch-Institut, Berlin
- Winkler J, Stolzenberg H (1999) Der Sozialschichtindex im Bundes-Gesundheitssurvey. *Das Gesundheitswesen* 61 (Sonderheft 2): S178-S183
- Wurm S (2003) Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte – Veränderungen im Längsschnitt über einen Zeitraum von sechs Jahren. Kurzbericht an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin

10 Migration und Gesundheit

Deutschland ist auf Grund seiner Mittellage in Europa schon immer ein Ein-, Aus- und Durchwanderungsland gewesen. Im Zeitraum von 1960 bis 1999 wurden etwa 30 Millionen Zuzüge nach Deutschland und über 21 Millionen Fortzüge ins Ausland registriert (Migrationsbericht 2001). Die Gruppe der Bevölkerung, die auf Grund von Wanderbewegungen nach Deutschland kam und heute hier lebt, ist außerordentlich heterogen. Sie umfasst neben Aussiedlern/Aussiedlerinnen und Asylsuchenden sowie Ausländern/Ausländerinnen mit Aufenthaltsgenehmigung auch Menschen ausländischer Staatsangehörigkeit, die sich illegal in Deutschland aufhalten. Es ist schwierig, einen treffenden Oberbegriff für diese verschiedenen Gruppen der Bevölkerung zu finden. Der inzwischen überwiegend gebrauchte Migrationsbegriff wird von der Bundesbeauftragten für Ausländerfragen wie folgt definiert: „Migration steht für die räumliche Bewegung zur Veränderung des Lebensmittelpunktes von Individuen oder Gruppen über eine bedeutsame Entfernung. Die Verlagerung des Lebensmittelpunktes über die Grenzen eines Nationalstaates ist dabei kennzeichnend für internationale Migration. [...] Räumliche Bewegungen im Zusammenhang mit Freizeitbeschäftigung, Reisen, Sport, Tourismus und Pendeln sind nicht als Migration zu bezeichnen“ (Migrationsbericht 1999). Wenn von Migration gesprochen wird, ist aber zumeist nicht einfach ein Ortswechsel gemeint, sondern auch ein Wechsel von einer Kultur in eine andere (Treibel 1990). Als Migranten und Migrantinnen werden zumeist alle Personen bezeichnet, die selbst oder deren Eltern zugewandert sind. Auch für die dritte Einwanderergeneration kann der Migrationshintergrund eine wichtige Bestimmungsgröße der Lebensumstände sein. Dies gilt insbesondere für Personen, die nicht über die deutsche Staatsangehörigkeit verfügen und sich so durch ihre rechtliche Situation von Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit unterscheiden (Schenk 2002; Schenk, Neuhauser 2005).

Sowohl der besondere Rechtsstatus als auch kulturelle Unterschiede in der Lebensweise beeinflussen die gesellschaftlichen Teilhabechancen von Migranten und Migrantinnen (Bartelheimer 2003). Bereits im ersten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung wird ausgeführt, dass ein Migrationshintergrund mit schlechteren Aussichten auf dem Arbeitsmarkt, geringeren Einkommenschancen und häufigerem Sozialhilfebezug einhergeht (BMAS 2001). Im Folgenden richtet sich das Interesse insbesondere auf die gesundheitliche Situation von Migranten und Migrantinnen, wobei auch auf spezifische Belastungen, gesundheitsrelevante Verhaltensgewohnheiten und Aspekte der Gesundheitsversorgung eingegangen wird. Dazu kann allerdings nur auf eine sehr eingeschränkte Datenlage zurückgegriffen werden. Auf kommunaler und regionaler Ebene wurden in den letzten Jahren zwar zunehmend Studien zur sozialen und gesundheitlichen Lage von Migranten durchgeführt, es fehlt aber

nach wie vor an verlässlichen bevölkerungsbezogenen Daten. Wenn Migranten und Migrantinnen in amtlichen Statistiken ausgewiesen sind, so handelt es sich dabei meist um Ausländer bzw. Ausländerinnen, d.h. um Menschen, die eine andere als die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen. Wichtige Routinedaten, wie z.B. die veröffentlichten Statistiken der meisten Krankenkassen, enthalten zumeist keine Angaben zur Nationalität oder dem Migrationsstatus. Von den bundesweit durchgeführten Bevölkerungsstudien verfügt das Sozio-oekonomische Panel über die beste Strategie, um Zuwanderer einzubeziehen. Neben migrantenspezifischen Erhebungsinstrumenten und Feldzugängen lässt sich dies auch anhand der Stichprobengenerierung (Überrepräsentation der größten Ausländergruppen, gesonderte Zuwandererstichprobe) belegen. Aussagen über die soziale und gesundheitliche Situation von Ausländern und Ausländerinnen sind außerdem anhand des Mikrozensus sowie der Daten einzelner Krankenkassen und amtlicher Statistiken möglich.

10.1 Lebenslage von Migranten und Migrantinnen

Im Jahr 2003 lebten in Deutschland rund 7,3 Millionen Menschen mit ausländischer Staatsbürgerschaft. Das entsprach einem Anteil von fast 9 % an der Gesamtbevölkerung. Etwa ein Viertel der in Deutschland lebenden Ausländer und Ausländerinnen stammt aus EU-Staaten. Ebenfalls etwa ein Viertel (26 %) waren türkische Staatsbürger und Staatsbürgerinnen, von denen viele in den 60er Jahren als „Gastarbeiter“ nach Deutschland kamen. Etwa 8 % der Ausländer und Ausländerinnen wanderten aus den Nachfolgestaaten der SFR Jugoslawien (Serbien oder Montenegro) zu. Ein Teil dieser Menschen hatte den Aufenthaltsstatus der Duldung, d.h. lebte als Kriegs- bzw. Bürgerkriegsflüchtling in Deutschland. Darüber hinaus wurden in Deutschland im Jahr 2003 etwa 73.000 Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen aufgenommen, die meisten von ihnen aus der ehemaligen Sowjetunion.¹ Im Jahr 2004 stellten 35.600 Personen einen Antrag auf Asyl (BMGS 2005).

Unterschiede in der Lebenslage von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund lassen sich unter anderem an der Haushaltsform festmachen. Legt man die Daten des Sozio-oekonomischen Panels aus dem Jahr 2001 zugrunde, dann finden sich unter Migranten und Migrantinnen seltener Singlehaushalte bzw. kinderlose Paarhaushalte (50,6 % gegenüber 69 %), während Familienhaushalte entsprechend häufiger vorkommen (49,4 % gegenüber 31 %). Insbesondere der Anteil der Haushalte älterer, allein lebender Menschen ist bei

¹ Sobald sie die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen, werden Aussiedlerinnen und Aussiedler – wie auch eingebürgerte Zuwanderer – nicht mehr gesondert in der amtlichen Statistik geführt. Menschen mit illegalem Aufenthaltsstatus werden in offiziellen Bevölkerungs- und Gesundheitsstatistiken überhaupt nicht erfasst (vgl. Migrationsbericht 2004; Razum, Geiger 2004).

Migranten und Migrantinnen mit 6,1 % weitaus niedriger als in der Vergleichsgruppe ohne Migrationshintergrund mit 15,8 % (Fuchs et al. 2004).

Des Weiteren sind deutliche Unterschiede in der wirtschaftlichen Lage von deutschen und Migrantenhaushalten festzustellen. Etwa jeder zweite Migrantenhaushalt, aber nur jeder dritte Haushalt ohne Migrationshintergrund ist dem unteren Einkommensbereich (untere 40 % der Einkommen) zuzuordnen. Lediglich Paarhaushalte ohne Kinder befinden sich in einer günstigeren Einkommenssituation, insbesondere binationale Haushalte mit einem deutschen Haushaltsvorstand. Diese Einkommensnachteile spiegeln sich in einer stärkeren Abhängigkeit vom Sozialhilfebezug wieder: Ende des Jahres 2001 bezogen 12,5 % der nicht-deutschen Bevölkerung laufende Hilfe zum Lebensunterhalt (außerhalb von Einrichtungen) bzw. Regelleistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz. In der deutschen Bevölkerung lag die Sozialhilfequote bei 2,8 % (Bartelheimer 2004).

Unter den Familienhaushalten mit Kindern ist sowohl das Ein-Verdiener-Modell als auch die Nichterwerbstätigkeit bzw. Erwerbslosigkeit beider Partner deutlich stärker verbreitet als unter den vergleichbaren Haushalten ohne Migrationshintergrund. Im Jahr 2004 lag z.B. die jahresdurchschnittliche Arbeitslosenquote Nicht-Deutscher mit 20,4 % fast doppelt so hoch wie die Quote für alle abhängig beschäftigten zivilen Erwerbspersonen (11,7 %) (BMGS 2005). Umgekehrt kommt es bei Familien mit Migrationsmerkmalen vergleichsweise selten vor, dass beide Partner Vollzeit oder vollzeitnah erwerbstätig sind. Die schlechtere Einkommenslage von Migrantenhaushalten lässt sich aber nicht allein an der geringeren Erwerbsbeteiligung festmachen, da Haushalte mit Migrationsmerkmalen auch bei einer vergleichbaren Teilhabe am Arbeitsmarkt deutlich geringere Einkommen erzielen (Fuchs et al. 2004).

10.2 Gesundheitliche Situation von Migranten und Migrantinnen

Wenn nach Zusammenhängen zwischen Migration und Gesundheit gefragt wird, sind vor allem drei Aspekte von Bedeutung. Zunächst spielt die soziale Ungleichheit eine Rolle: Viele Migranten und Migrantinnen sind den Risiken, die ein niedriger Sozialstatus mit sich bringt, ausgesetzt. Außerdem treten sprachliche Barrieren und kulturelle Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverständnis auf, die auch im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung zum Tragen kommen. Migration ist nicht zuletzt ein Lebensereignis, das die individuelle Biografie sowie die Familienentwicklung über mehrere Generationen prägt. Spezielle psychosoziale Belastungen im Zuge der Migration sind z.B. Trennung von der Familie, Diskriminierung oder unklarer Aufenthaltsstatus (vgl. Razum, Geiger 2003).

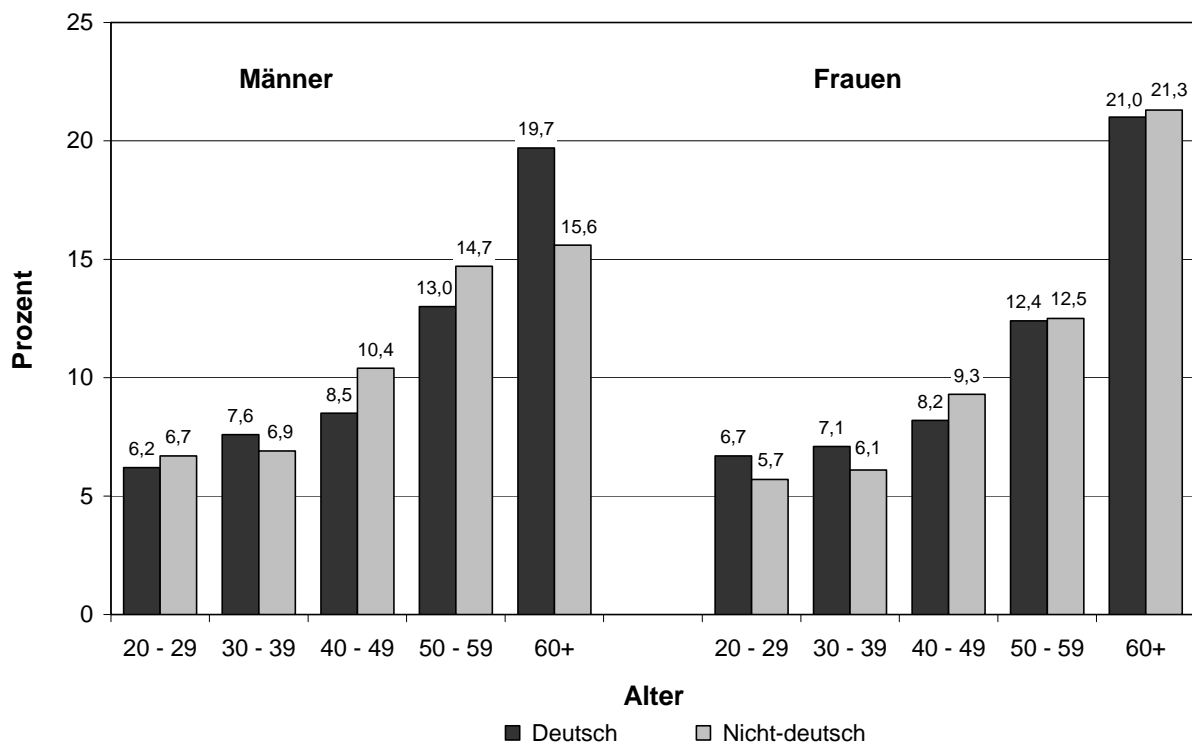
Krankheiten und Krankheitsfolgen

Auskunft über die Verbreitung von **Krankheiten und Unfallverletzungen** erteilt u.a. die alle vier Jahre durchgeführte Mikrozensus-Zusatzerhebung zur Gesundheit. Anhand der Daten aus dem Jahr 1999 lassen sich nur geringe Unterschiede zwischen Deutschen und Nicht-Deutschen belegen: In der Gruppe der 20- bis 29-Jährigen waren 6,2 % der deutschen und 6,7 % der nicht-deutschen Männer zum Erhebungszeitpunkt (d.h. in der Berichtswoche) krank oder unfallverletzt; bei Frauen betragen die entsprechenden Anteile 6,7 % und 5,7 %. Im Altersgang nehmen Krankheiten und Unfallverletzungen bei deutschen und ausländischen Männern und Frauen zu (Abbildung 10.1). Bei Frauen treten auch im fortgeschrittenen Alter nur schwache Unterschiede zutage, wohingegen deutsche Männer etwas häufiger als ausländische Männer von Krankheiten und Unfallverletzungen betroffen sind (19,7 % gegenüber 15,6 %).

Abbildung 10.1

Anteil der Kranken und Unfallverletzten bei Deutschen und Nicht-Deutschen nach Alter und Geschlecht

Datenbasis: Mikrozensus 1999

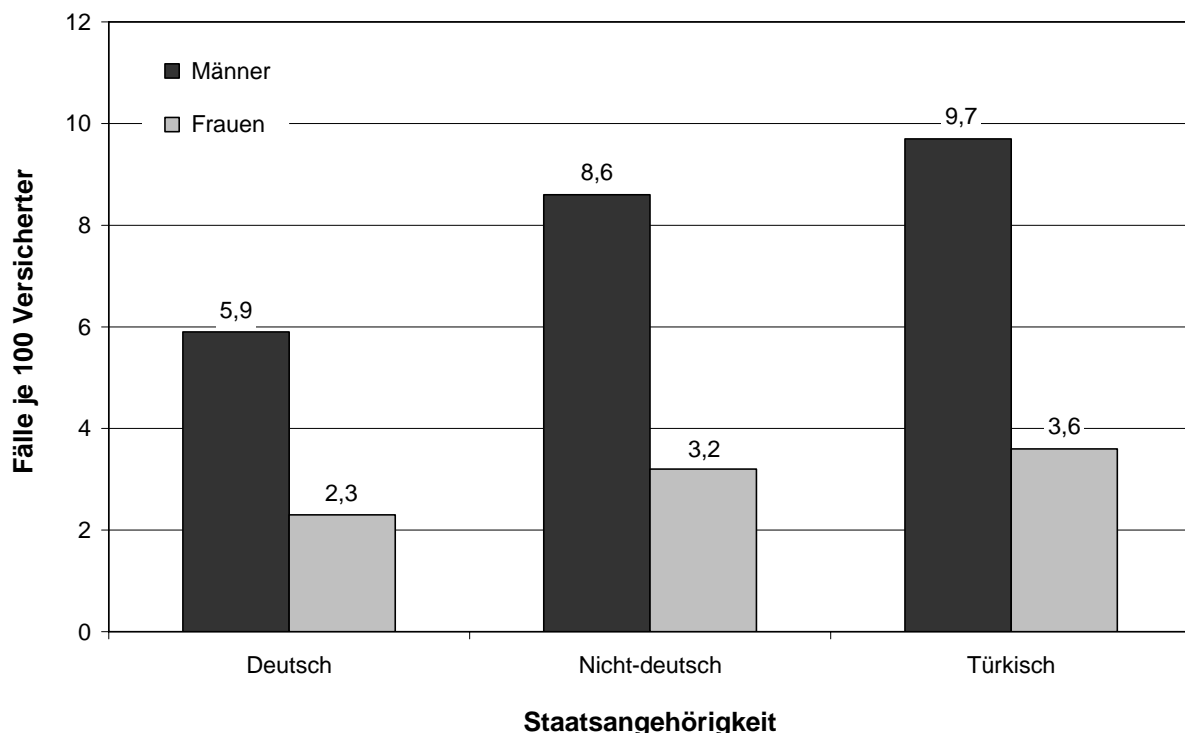


Eine Auswertung der BKK-Arbeitsunfähigkeitsdaten für 1997 spricht dafür, dass ausländische und insbesondere türkische Versicherte eine höhere **Arbeitsunfallrate** als deutsche Versicherte haben (Abbildung 10.2). Dies ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass ausländische Beschäftigte häufiger in Bereichen tätig sind, in denen Unfallrisiken kumulieren, z.B. Landwirtschaft und Bauhauptgewerbe. Außerdem ist die oftmals schwierige Verständigung eine wesentliche Unfallursache. Damit sind nicht nur geringe Deutsch- oder Technikenntnisse gemeint, die dazu führen können, dass gefährdete Personen warnende Zurufe falsch oder zu spät verstehen, sondern auch die mangelnde Unterrichtung über Gefahren und über Arbeitsschutzmittel sowie die unzureichende Einweisung in die Arbeitstätigkeit und die Handhabung der Arbeitsgeräte. Bei tödlich verlaufenden Arbeitsunfällen ist aber laut Arbeitsunfallstatistik keine überproportionale Beteiligung von ausländischen Beschäftigten festzustellen.

Abbildung 10.2

Arbeitsunfähigkeit durch Arbeitsunfälle im Jahr 1997 bei Versicherten mit deutscher, nicht-deutscher und türkischer Staatsangehörigkeit (AU-Fälle je 100 Versicherter)

Quelle: Bundesverband der Betriebskrankenkassen 1997



Im Unterschied zu Arbeitsunfällen sind **Berufskrankheiten** eine Spätfolge von gesundheitlich belastenden Arbeitsbedingungen. Die langen Latenzzeiten dieser Krankheiten führen dazu, dass sie vor allem bei langjährig Beschäftigten zu beobachten sind. Fehlende Berufsjahre bestimmter Migrantengruppen könnten ein Grund dafür sein, dass ausländische Arbeitnehmer insgesamt von Berufskrankheiten nicht überproportional betroffen sind und

seltener an einer Berufskrankheit versterben. Für türkische Versicherte gilt aber, dass das relative Risiko, eine Berufskrankheit zu erleiden, im Vergleich zum Risiko aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten erhöht ist und auch das Risiko, wegen der Berufskrankheit vorzeitig verrentet zu werden, über dem Durchschnitt liegt (RKI 2005).

Gemessen an **Arbeitsunfähigkeitsfällen** sind nicht-deutsche im Vergleich zu deutschen Arbeitnehmern häufiger und länger krank. Gemäß dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen entfielen im Jahr 1997 auf je 100 deutsche Versicherte 118,9 (auf Vollzeitbeschäftigte standardisierte) AU-Fälle mit durchschnittlich 14,2 AU-Tagen je Fall, während für Nicht-Deutsche 157,7 Fälle mit durchschnittlich 16,7 AU-Tagen je Fall verzeichnet wurden (BKK-Bundesverband 1997). Hinsichtlich der Verteilung nach Wirtschaftszweigen sind die Unterschiede bei den qualifizierten Dienstleistungen (Banken, Versicherungen, fachliche Dienstleistungen) gering; verarbeitende Branchen liegen im Mittelfeld. Besonders große Unterschiede finden sich in den öffentlichen Verwaltungsbetrieben. Bezogen auf die einzelnen Berufe ist sowohl bei den deutschen als auch bei den ausländischen Versicherten ein Qualifikationsgefälle sichtbar, in allen Berufen bleibt jedoch ein Abstand zu Ungunsten der nicht-deutschen Versicherten erhalten.

Als spezifisches Gesundheitsproblem von Migranten und Migrantinnen sind **Infektionserkrankungen** zu sehen, die oftmals bereits im Herkunftsland erworben und dann nach Deutschland importiert werden. Beispiele für nach wie vor oder sogar zunehmend bedeutsame Krankheiten sind Tuberkulose bei Zuwanderern aus osteuropäischen Ländern sowie HIV/AIDS bei Zuwanderern aus afrikanischen Ländern (RKI 2004).

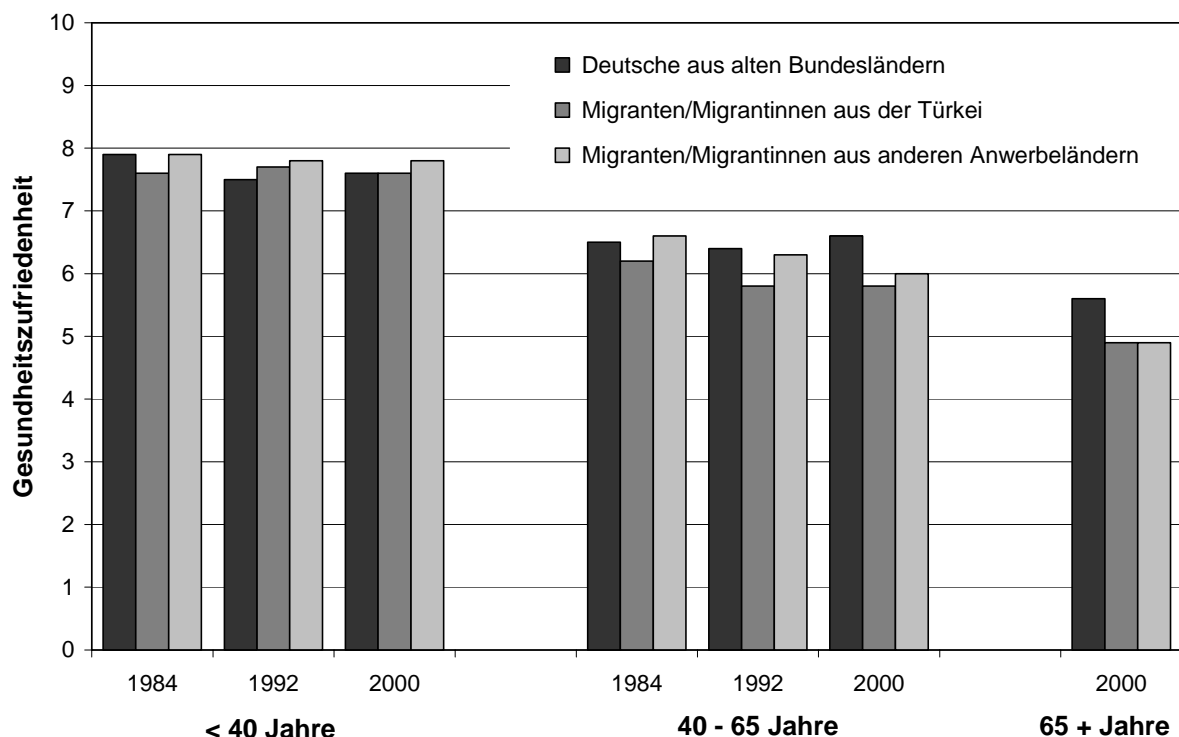
Subjektive Gesundheit

Gesundheitsbezogene Einstellungen, Orientierungen und Bewertungen sind im hohen Maße kulturell geprägt. Deshalb sollte neben Krankheiten und Beschwerden auch die Selbstwahrnehmung der Gesundheit betrachtet werden, um die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten zu beschreiben. Das Sozio-oekonomische Panel lässt unter anderem Aussagen über die Zufriedenheit mit der Gesundheit – gemessen auf einer Skala von 0 (sehr unzufrieden) bis 10 (sehr zufrieden) – zu. Abbildung 10.3 stellt Mittelwerte für die Jahre 1984, 1992 und 2000 dar und ermöglicht den Vergleich zwischen Deutschen, Zuwanderern aus der Türkei und Zuwanderern aus anderen Herkunftsländern.

Die **Zufriedenheit mit der Gesundheit** nimmt in allen Gruppen mit zunehmendem Alter ab. Unterschiede zwischen Deutschen und Migranten treten ab dem Alter 40 Jahre zutage und sind bei den 65-Jährigen und Älteren noch stärker ausgeprägt als bei den 40- bis 65-Jährigen. Legt man die Daten für das Jahr 2000 zugrunde, dann sind sowohl die Zuwanderer aus der Türkei als auch die Zuwanderer aus anderen Herkunftsländern mit ihrer Gesundheit unzufriedener, während sich anhand der Daten für die Jahre 1984 und 1992 lediglich eine stärkere Beeinträchtigung für die türkischen Zuwanderer belegen lässt.

Abbildung 10.3

Zufriedenheit mit der Gesundheit (Skala 0 = sehr unzufrieden bis 10 = sehr zufrieden)
Mittelwerte für Deutsche und Zuwanderungsgruppen nach Alter und Befragungsjahren
 Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 1984, 1992, 2000 (RKI 2005)



10.3 Gesundheitsverhalten von Migranten und Migrantinnen

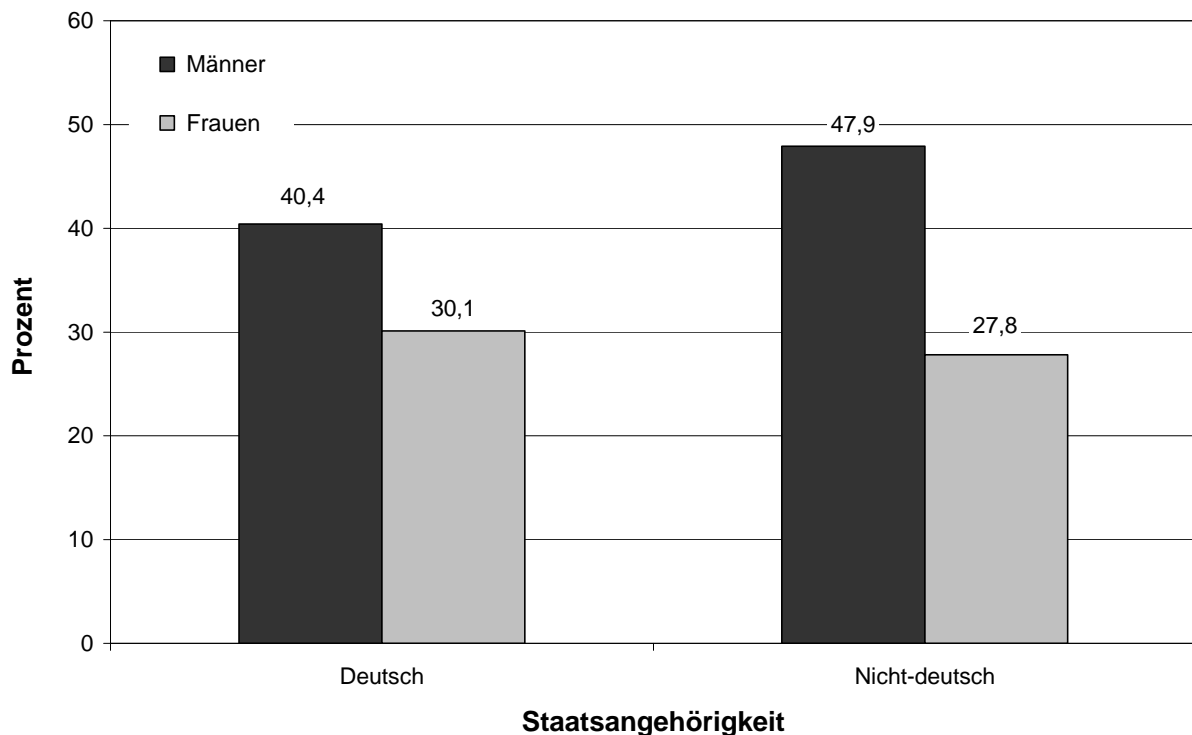
Zur Beschreibung des Gesundheitsverhaltens von Zuwanderern kann erneut auf den Mikrozensus zurückgegriffen werden. Die ersten Auswertungen der Daten aus dem Jahr 2003 zeigen, dass ausländische im Vergleich zu deutschen Männern deutlich öfter **Raucher** sind. In der Gruppe der 20- bis unter 60-Jährigen rauchen 46,8 % der nicht-deutschen gegenüber 39,7 % der deutschen Männer. Bei den Frauen sind die Unterschiede insgesamt schwächer ausgeprägt. In der Tendenz zeigt sich aber, dass deutsche Frauen etwas häufiger als aus-

ländische Frauen rauchen. Im Vergleich zu den Rauchprävalenzen im Jahr 1999 (Abbildung 10.4.) lässt sich feststellen, dass die beobachteten Trends anhalten.

Abbildung 10.4

Anteil der aktuellen Raucher/Raucherinnen bei 20- bis 60-jährigen deutschen und nicht-deutschen Männern und Frauen

Datenbasis: Mikrozensus 1999



Über den Gebrauch anderer psychoaktiver Substanzen liegen für Migranten und Migrantinnen kaum Erkenntnisse vor. Einen Anhaltspunkt liefert eine Studie bei 15- bis 24-jährigen Jugendlichen an Münchner Berufsschulen aus dem Jahr 1998. Unter dem Gesichtspunkt des gesundheitsriskanten Verhaltens wurden außer dem Rauchen auch der Alkoholkonsum und die Erfahrung mit illegalen Drogen erhoben. Von den Berufsschülern und Berufsschülerinnen trinkt die Mehrheit **Alkohol**; lediglich ein Viertel gab an, nie alkoholische Getränke zu konsumieren. Bei Migranten/Migrantinnen liegt der Anteil der „Abstinenten“ mit 50,1 % deutlich höher als bei den deutschen Berufsschülern und -schülerinnen mit 19,5 %. Mit der Dauer des Aufenthalts in Deutschland geht allerdings eine Angleichung der Konsumgewohnheiten einher: Migranten und Migrantinnen, die in Deutschland geboren und aufgewachsen sind, trinken häufiger alkoholische Getränke als selbst zugewanderte Jugendliche. Dass junge Frauen im Vergleich zu jungen Männern weniger Alkohol konsumieren, lässt sich in allen Untersuchungsgruppen feststellen, kommt bei Migranten und Migrantinnen aber noch deutlicher zum Ausdruck als bei Deutschen (Dill et al. 2002).

Auch der **Konsum illegaler Drogen** wird in der Münchner Berufsschulstudie von deutschen Jugendlichen häufiger bejaht als von Jugendlichen mit Migrationshintergrund: Etwa 43,2 % der deutschen Männer und 37,5 % der deutschen Frauen gaben an, Erfahrungen mit illegalen Drogen zu haben. In der Gruppe der Migranten und Migrantinnen traf dies lediglich auf ein Viertel der Männer und knapp ein Fünftel der Frauen zu. Von den Migranten und Migrantinnen, die angaben, regelmäßig illegale Drogen zu konsumieren, ist wiederum der größte Teil in Deutschland geboren und aufgewachsen (Dill et al. 2002).

Aufgrund der kulturellen Unterschiede in den Ernährungsgewohnheiten ist von einer unterschiedlichen Betroffenheit von **Übergewicht** und Adipositas bei Migranten und Deutschen auszugehen. Vermutlich kommen dabei auch Unterschiede im Bewegungsverhalten, der Gewichtskontrolle und dem Körperselbstbild zum Tragen. Ausländische Frauen sind vergleichsweise häufiger übergewichtig oder adipös, wobei die größten Unterschiede im höheren Lebensalter beobachtet werden können: Von den 60-jährigen und älteren ausländischen Frauen sind 62,7 % übergewichtig oder adipös gegenüber 54,9 % der gleichaltrigen deutschen Frauen. Bei Männern zeigen sich in allen Altersgruppen lediglich geringe Variationen. Diese ersten Ergebnisse des Mikrozensus 2003 bestätigen die Erkenntnisse, die bei einer detaillierten Analyse der Mikrozensusdaten von 1999 gewonnen wurden (Tabelle 10.1).

Tabelle 10.1

Verbreitung von Übergewicht (BMI 25-30) und Adipositas (BMI > 30) bei 20-jährigen und älteren deutschen und nicht-deutschen Männern und Frauen (Angaben in %)

Datenbasis: Mikrozensus 1999

	Deutsche				Nicht-Deutsche			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen	
	BMI 25-30	BMI>30	BMI 25-30	BMI>30	BMI 25-30	BMI>30	BMI 25-30	BMI>30
20-29 Jahre	26,1	4,7	13,3	4,5	28,9	5,4	15,3	5,3
30-39 Jahre	40,7	8,9	19,3	7,1	43,6	8,2	25,0	7,9
40-49 Jahre	47,4	14,2	26,4	10,5	47,8	12,4	33,3	16,8
50-59 Jahre	51,8	16,4	34,3	13,8	50,6	19,0	38,1	24,3
60+ Jahre	52,1	15,5	38,6	14,6	47,4	19,1	40,3	23,5

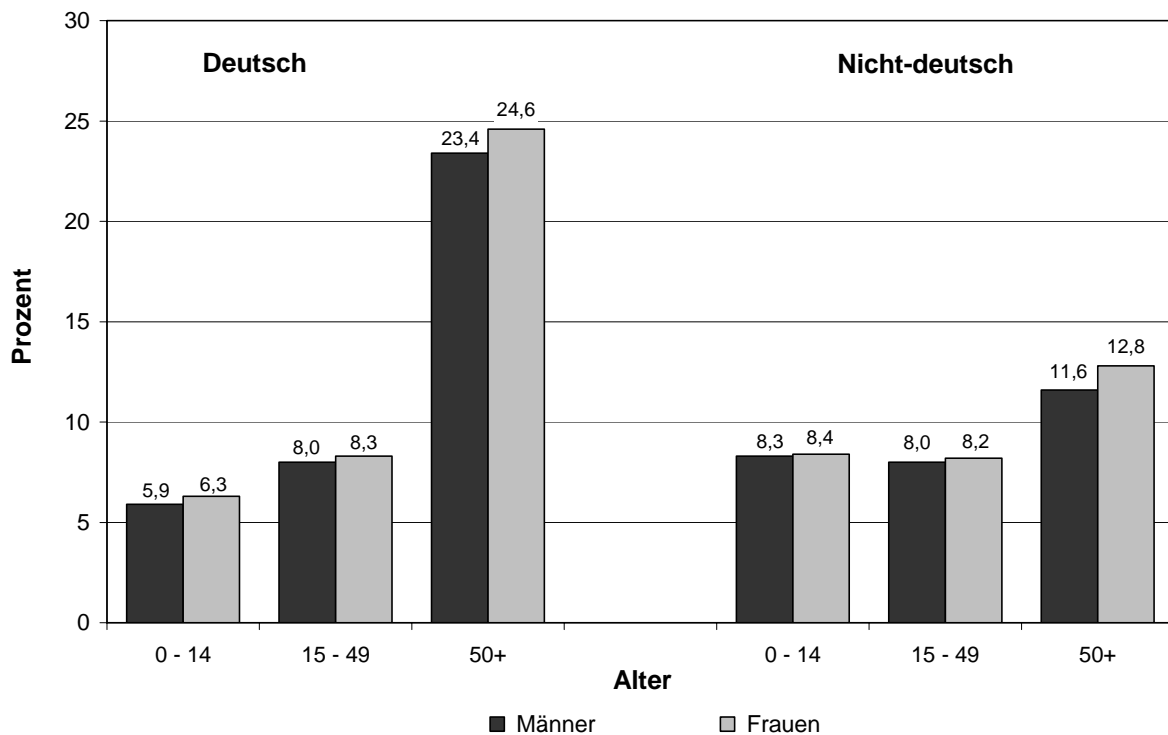
Der Mikrozensus erteilt darüber hinaus Auskunft über die Teilnahme an der **Gripeschutzimpfung** als einem wichtigen Indikator für die Inanspruchnahme präventiver Angebote. Im Jahr 2003 wurden in der Altersgruppe der 50-Jährigen und Älteren fast doppelt so viele deutsche Männer und Frauen wie Ausländer und Ausländerinnen geimpft (32,2 % vs. 18,6 %). Bei Kindern stellt sich dieses Verhältnis hingegen umgekehrt dar: 6,7 % (1999: 6,1 %) der deutschen und 9,9 % (1999: 8,3 %) der ausländischen Kinder haben an der Gripeschutzimpfung teilgenommen. Im mittleren Lebensalter zeigen sich diesbezüglich keine

signifikanten Unterschiede. Abbildung 10.5. weist die Daten aus den ausführlichen Auswertungen des Mikrozensus 1999 aus. Es wird deutlich, dass sich das Muster der Inanspruchnahme der Impfung zwischen 1999 und 2003 nicht wesentlich verändert hat.

Abbildung 10.5

Teilnahme an der Gripeschutzimpfung bei Kindern und Erwachsenen

Datenbasis: Mikrozensus 1999



Eine aktuelle Studie zur Teilnahme an **Vorsorgeuntersuchungen**, für die Eltern befragt wurden, die ihre Kinder zu den Schuleingangsuntersuchungen begleitet haben, zeigt bei Männern nur geringe Unterschiede auf, während deutsche Frauen häufiger als nicht-deutsche Frauen insbesondere die Krebsfrüherkennung und die zahnmedizinische Vorsorge in Anspruch nehmen (Zeeb et al. 2004).

Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft werden von ausländischen Frauen inzwischen häufig wahrgenommen. Dennoch gibt es nach wie vor Lücken in der Versorgung schwangerer Ausländerinnen. Sie nutzen beispielsweise weitaus seltener als deutsche Frauen schwangerschaftsbegleitende Angebote, wie z.B. Geburtsvorbereitungskurse oder Schwangerschaftsgymnastik (BMFSFJ 2000).

10.4 Medizinische und pflegerische Versorgung von Migranten und Migrantinnen

Migranten und Deutsche unterscheiden sich nicht nur in der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen, sondern auch im Hinblick auf die medizinische und pflegerische Versorgung. Da die vorhandenen Routinedaten kaum Rückschlüsse auf die Versorgungssituation von Migranten und Migrantinnen zulassen, wird die Versorgungslage im Folgenden auf der Basis von Ergebnissen einzelner Studien skizziert.

In einer neueren Studie wurden Daten aus drei Berliner Krankenhäusern genutzt, um die Inanspruchnahme klinischer **Notfallambulanzen** und niedergelassener Ärzte durch Migranten/Migrantinnen und deutsche Patienten zu vergleichen. Dabei stellte sich heraus, dass Zuwanderer die Rettungsstellen überproportional frequentieren. Bezüglich der Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte zeigten sich keine Unterschiede zwischen deutschen und Patienten türkischer Herkunft. Bei Zuwanderern aus anderen Herkunftsländern deuten die Studienergebnisse aber auf eine geringere Inanspruchnahme niedergelassener Haus- und Fachärzte hin (Borde et al. 2003).

Auf Grund der demografischen Entwicklung und des Nachzugs von Familienmitgliedern seit Mitte der 60er Jahre, befinden sich immer mehr ältere Migranten und Migrantinnen in Deutschland. Dadurch erhöht sich auch die Zahl der potenziellen Teilnehmer und Teilnehmerinnen an **Rehabilitationsmaßnahmen**. Außerdem könnten die Folgen der langjährigen Ausübung schwerer körperlicher Arbeit, die im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit von vielen Migranten und Migrantinnen geleistet wird, zu einer Zunahme der Rehabilitationsbedürftigkeit ausländischer Mitbürger führen. Nach Aussagen der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) liegen die Zahlen der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen derzeit allerdings unter denen der deutschen Versicherten (Bericht der Beauftragten der Bundesregierung 2002).

Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang auch die Bereitstellung von Angeboten zur ambulanten und stationären **Pflege**. Der Umfang der sozialen, pflegerischen und beraterischen Angebote für ausländische Senioren/Seniorinnen muss – trotz der verstärkten Aufmerksamkeit, die diesem Bereich in der jüngsten Vergangenheit gewidmet wurde – noch als defizitär bezeichnet werden (Bericht der Beauftragten der Bundesregierung 2002). Die Einrichtungen der Altenhilfe sind in erster Linie auf deutsche Senioren/Seniorinnen ausgerichtet und werden den spezifischen, zum Teil kulturell geprägten Belangen von Migranten und Migrantinnen nicht ausreichend gerecht. Zu beachten ist ebenfalls, dass die Pflege, wie auch andere Bereiche der gesundheitlichen Versorgung, in Migrantenfamilien einen hohen Stel-

lenwert als familiäre Funktion genießt. Die Schwelle zur Inanspruchnahme institutioneller Hilfen und professioneller Dienste ist vermutlich auch dadurch erhöht (Sachverständigenkommission 6. Familienbericht 2000).

10.5 Diskussion

Die Lebenslage von Migranten und Migrantinnen ist durch zahlreiche Nachteile gekennzeichnet, was sich z.B. an einem niedrigeren beruflichen Qualifikationsniveau, schlechteren Zugang zum Arbeitsmarkt, geringeren Einkommen sowie einer stärkeren Abhängigkeit von Sozialhilfe festmachen lässt. Diese sozialen Nachteile korrespondieren mit gesundheitlichen Belastungen, so dass nicht verwundert, dass bestimmte Krankheiten und Beschwerden bei Migranten und Migrantinnen vermehrt vorkommen. Ein Beispiel hierfür sind Arbeitsunfälle, da Arbeitsplätze von Migranten/Migrantinnen in stärkerem Maße durch Unfallgefahren charakterisiert sind. Bei Menschen, die selbst zugewandert sind, kommen soziale und psychosoziale Belastungen, die sich unmittelbar aus der Migrationserfahrung ergeben, hinzu. Gesundheitsunterschiede zwischen Migranten und Deutschen sind aber immer vor dem Hintergrund kultureller Besonderheiten und der sozialen wie gesundheitlichen Lage in dem jeweiligen Herkunftsland zu sehen. Dies wird besonders deutlich, wenn die Zuwanderung aus Ländern mit spezifischen Gesundheitsproblemen, wie z.B. einem hohen Vorkommen von HIV/AIDS in einigen afrikanischen Ländern, erfolgt. Andererseits findet sich in einigen Herkunftsländern eine deutlich niedrigere kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität. Aus diesem Grund lässt sich trotz der sozialen Benachteiligung und migrationsspezifischen Belastungen nicht generell von einer schlechteren Gesundheit ausgehen. Wenn Aussagen zur gesundheitlichen Situation von Migranten und Migrantinnen getroffen werden sollen, ist die große Heterogenität dieser Gruppe, z.B. in Bezug auf Nationalität, Sprache, ethnische, religiöse und soziale Zugehörigkeit sowie rechtlichen Status mit zu berücksichtigen.

Im Krankheitsfall werden Angebote der kurativen Medizin – mit Ausnahme der Notfallambulanzen und auch der psychotherapeutischen Versorgung – von Migranten und Migrantinnen ebenso häufig in Anspruch genommen, wie von Männern und Frauen ohne Migrationshintergrund (vgl. BMFSFJ 2000), was allerdings noch nichts über die Bedarfsangemessenheit und Qualität der Versorgung aussagt. Präventive Angebote, z.B. Gripeschutzimpfung, Krebsfrüherkennung oder Zahnarztprophylaxe, erreichen Migranten und Migrantinnen deutlich seltener. Neben kulturellen und sprachlichen Barrieren spielt hierbei auch der rechtliche Status bestimmter Migrantengruppen eine Rolle (Razum, Geiger 2004). Im Sinne einer adäquaten Versorgung von Migranten und Migrantinnen im Rahmen des deutschen Gesund-

heitssysteme spricht dies für die Notwendigkeit einer migrationsspezifischen Ausrichtung und flexiblen Anpassung der vorhandenen medizinischen und therapeutischen Infrastruktur an die Bedürfnisse ausländischer Patienten.

Eine wichtige Voraussetzung hierfür ist eine Verbesserung der gegenwärtigen Datenlage. Diese ist auch notwendig, um künftig umfassend und differenziert über die soziale und gesundheitliche Lage von Migranten und Migrantinnen berichten zu können. Möglich wird dies nur, wenn weit reichende Anstrengungen unternommen werden, um Migranten und Migrantinnen stärker als bisher in bevölkerungsrepräsentative Erhebungen einzubeziehen, ihren Status eindeutig zu erfassen, migrantenspezifische Themen mit zu erheben und geeignete, auf die verschiedenen Migrantengruppen abgestellte Instrumente zu entwickeln. Am Robert Koch-Institut werden hierzu derzeit methodische Standards entwickelt, die in den bundesweit durchgeführten Gesundheitssurveys wie auch in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes umgesetzt werden sollen (Schenk, Neuhauser 2005). Darüber hinaus ist aber auch im Hinblick auf andere Datenquellen, wie amtliche Statistiken oder Routinedaten der Kranken- und Rentenversicherungen, sicherzustellen, dass Migranten und Migrantinnen entsprechend ihres Anteils in der Bevölkerung repräsentiert sind.

Literaturverzeichnis

- Bartelheimer P (2004) Migration. In GSF – Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit (Hrsg.) Berichterstattung zur sozio-ökonomischen Entwicklung in Deutschland. Arbeit und Lebensweisen. III. Daten: Berichtgegenstände. München, S. 73-93
- Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (2002) Daten und Fakten zur Ausländersituation, 20. Auflage. Berlin Bonn
- Borde T, Braun T, David M (2003) Gibt es Besonderheiten bei der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch Migrantinnen und Migranten? In Borde T, David M (Hrsg.) Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Mabuse-Verlag, Frankfurt/Main, S. 43-81
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000) Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen, Belastungen, Herausforderungen. Sechster Familienbericht. Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission, Bericht der Sachverständigenkommission. BMFSFJ, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005) Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. BMGS, Berlin
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen (1997) Arbeitsunfähigkeitsstatistik 1997. BKK Bundesverband, Essen
- David M (2003) Die Realität der Versorgung von Migranten in der Bundesrepublik Deutschland – notwendige Konsequenzen für die Gesundheitspolitik. In Borde T, David M (Hrsg.) Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Mabuse-Verlag, Frankfurt/Main, S. 275-286
- Dill H, Frick U, Höfer R, Klöver B, Straus F (2002) Risikoverhalten junger Migrantinnen und Migranten. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 141/I. Nomos, Baden-Baden
- Fuchs T, Dathe D, Kistler E (2004) Informelle Arbeit und Lebensweisen. In GSF – Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit (Hrsg.) Berichterstattung zur sozio-ökonomischen Entwicklung in Deutschland. Arbeit und Lebensweisen. II. Deutung: Themenfelder. München, S. 68-93
- Migrationsbericht der Integrationsbeauftragten (2004) Bericht der Beauftragten für Migration, Flüchtlinge und Integration im Auftrag der Bundesregierung. Berlin Bonn
- Migrationsbericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen (2001) Bericht über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland gemäß § 91c Abs.2 Ausländergesetz. Berlin Bonn
- Razum O, Geiger I (2003) Migranten. In Schwartz FW, Badura B, Leidl R (Hrsg.) Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S. 686-692
- Robert Koch-Institut (2004) Neu und vermehrt auftretende Infektionskrankheiten. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 18. RKI, Berlin

Robert Koch-Institut (2005) Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin (in Vorbereitung)

Sachverständigenkommission 6. Familienbericht (2000) Familien ausländischer Herkunft in Deutschland: Lebensalltag. Materialien zum 6. Familienbericht, Band II. Leske + Budrich, Opladen

Schenk L (2002) Migrantenspezifische Teilnahmebarrieren und Zugangsmöglichkeiten im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. Das Gesundheitswesen 64 (Sonderheft 1), S59-S68

Schenk L, Neuhauser H (2005) Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 48 (im Druck)

Treibel A (1990) Migration in modernen Gesellschaften. Soziale Folgen von Einwanderung und Gastarbeit. Juventa-Verlag, Weinheim München

Zeeb H, Baune BT, Vollmer W, Cremer D, Krämer A (2004) Gesundheitliche Lage und Gesundheitsversorgung von erwachsenen Migranten – ein Survey bei der Schuleingangsuntersuchung. Das Gesundheitswesen 66, S. 76-84

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3.1	Einkommensverteilung in Deutschland 1993-2003	30
Tabelle 3.2	Anteil der Männer, die ihre eigene Gesundheit als „weniger gut“ oder „schlecht“ beurteilen nach Einkommen und Alter	39
Tabelle 3.3	Anteil der Frauen, die ihre eigene Gesundheit als „weniger gut“ oder „schlecht“ beurteilen nach Einkommen und Alter	39
Tabelle 3.4	Anteil der Männer und Frauen, die ihre Gesundheit als „weniger gut“ oder „schlecht“ beurteilen und in den letzten 3 Monaten einen Arzt aufgesucht haben nach Einkommen und Alter	45
Tabelle 4.1	Chronische Krankheit oder Gesundheitsstörung in Abhängigkeit von der Schulbildung	56
Tabelle 4.2	Auftretenswahrscheinlichkeit chronischer Krankheiten und Beschwerden in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Bildungsgruppe	57
Tabelle 4.3	Starke körperliche Schmerzen in den letzten vier Wochen nach Alter und Schulbildung	59
Tabelle 4.4	Gesundheitsbedingte Einschränkungen im alltäglichen Leben nach Alter und Schulbildung	63
Tabelle 4.5	Rauchprävalenzen nach Alter und Schulbildung	64
Tabelle 4.6	Sportliche Inaktivität nach Schulbildung	66
Tabelle 4.7	Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas nach Alter und Schulbildung	67
Tabelle 4.8	Selbsteingeschätzte Gesundheit (sehr gut), Adipositas (BMI \geq 30) und aktuelles Rauchen nach berufsqualifizierender Ausbildung	72
Tabelle 5.1	Berufsstatus nach Hoffmeyer-Zlotnik (1998)	78
Tabelle 5.2	Einwohner, Erwerbstätige und Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen in Deutschland 1993-2003	79
Tabelle 5.3	Kranke und Unfallverletzte im Jahr 2003 nach Beteiligung am Erwerbsleben und Geschlecht	85
Tabelle 5.4	Die fünf Berufe mit den meisten / wenigsten Arbeitsunfähigkeitstagen	89
Tabelle 5.5	Kranke und unfallverletzte Erwerbstätige im Jahr 2003 nach Arbeitszeiten	91
Tabelle 5.6	Kranke und Unfallverletzte im Jahr 2003 nach Stellung im Beruf	91
Tabelle 6.1	Gesundheitsbedingte Einschränkung im Alltag in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen	109
Tabelle 6.2	Verbreitung von chronischen Krankheiten und Beschwerden bei arbeitslosen und erwerbstätigen Männern	113
Tabelle 6.3	Verbreitung von chronischen Krankheiten und Beschwerden bei arbeitslosen Frauen, erwerbstätigen Frauen und Hausfrauen	114
Tabelle 6.4	Anteil der aktuellen Raucher/Raucherinnen in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen	119

Tabelle 7.1	Lebenszeitprävalenzen ausgewählter Krankheiten	130
Tabelle 7.2	Beeinträchtigung der Alltagstätigkeiten wegen Schmerzen (4-Wochen-Prävalenzen)	131
Tabelle 7.3	Emotionale Grundstimmungen (4-Wochen-Prävalenzen)	131
Tabelle 7.4	Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes	133
Tabelle 8.1	Kariesbefall bei 12-jährigen nach Schulbildung der Eltern	151
Tabelle 8.2	Einfluss des Berufsstatus der Eltern und des familiären Wohlstandes auf die Selbstschätzung der allgemeinen Gesundheit als „weniger gut“ oder „schlecht“	154
Tabelle 8.3	Einfluss des Berufsstatus und des familiären Wohlstands auf die mentale Gesundheit von Jugendlichen	155
Tabelle 8.4	Einfluss des Berufsstatus der Eltern und des familiären Wohlstandes auf psychosomatische Beschwerden von Jugendlichen (zwei oder mehrwöchentliche Beschwerden)	156
Tabelle 8.5	Regelmäßiger Alkoholkonsum (mindestens einmal in der Woche) und alkoholbedingte Rauscherfahrungen (zweimal oder häufiger im Leben nach Berufsstatus der Eltern und familiärem Wohlstand	160
Tabelle 8.6	Ernährungsgewohnheiten von 11- bis 15-jährigen Jungen nach Berufsstatus der Eltern, familiärem Wohlstand und Schulform	161
Tabelle 8.7	Ernährungsgewohnheiten von 11- bis 15-jährigen Mädchen nach Berufsstatus der Eltern, familiärem Wohlstand und Schulform	162
Tabelle 8.8	Körperliche Aktivität und Fernsehkonsum von 11- bis 15-jährigen Jugendlichen nach Berufsstatus der Eltern, familiärem Wohlstand und Schulform	166
Tabelle 8.9	Anteil der 11- bis 15-jährigen Jugendlichen mit schlechtem allgemein Gesundheitszustand und geringer Sportausübung nach familiärem Wohlstand und sozialem Kapital	168
Tabelle 9.1	Anzahl vollstationärer Krankenhausbehandlungsfälle im Jahr 2002, pro 100.000 der Bevölkerung nach Diagnosegruppen, Alter und Geschlecht	180
Tabelle 9.2	Verbreitung chronischer Krankheit und gesundheitsbedingter Einschränkungen im Alter nach Schichtzugehörigkeit	189
Tabelle 10.1	Verbreitung von Übergewicht (BMI 25-30) und Adipositas (BMI > 30) bei 20-jährigen und älteren deutschen und nicht-deutschen Männern und Frauen	201

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.1	Sozialhilfequoten in verschiedenen Bevölkerungsgruppen am Jahresende 2002	31
Abbildung 3.2	Kumulierte Morbiditätsrate für Herzinfarkt bei 60- bis 69-jährigen GEK-Mitgliedern des Jahres 1990 nach Versichertenstatus und Geschlecht	32
Abbildung 3.3	Kumulierte Morbiditätsrate für Lungenkrebs bei 60- bis 69-jährigen GEK-Mitgliedern des Jahres 1990 nach Versichertenstatus und Geschlecht	33
Abbildung 3.4	Kumulierte Morbiditätsrate für Leberzirrhose bei 60- bis 69-jährigen GEK-Mitgliedern des Jahres 1990 nach Versichertenstatus und Geschlecht	34
Abbildung 3.5	Schmerzprävalenz bei 18-jährigen und älteren Männern und Frauen nach Einkommen	35
Abbildung 3.6	Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltagsleben 45-jähriger und älterer Männer und Frauen nach Einkommen	36
Abbildung 3.7	Survivorfunktionen für Männer nach Einkommen	37
Abbildung 3.8	Survivorfunktionen für Frauen nach Einkommen	38
Abbildung 3.9	Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Einkommen und Geschlecht	40
Abbildung 3.10	Anteil der Raucher und Raucherinnen nach Einkommen und Alter	41
Abbildung 3.11	Anteil der sportlich Inaktiven nach Einkommen, Alter und Geschlecht	42
Abbildung 3.12	Anteil der Männer und Frauen, die in den letzten 3 Monaten einen Arzt aufgesucht haben nach Einkommen und Alter	44
Abbildung 3.13	Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Sozialhilfebezug, Alter und Geschlecht	46
Abbildung 3.14	Rauchen und Sport in den letzten 3 Monaten nach Sozialhilfebezug; Alter und Geschlecht	47
Abbildung 4.1	Anteil der Frauen und Männer mit Diabetes Typ 2, die angaben, die Behandlung der Krankheit sehr gut umsetzen zu können	58
Abbildung 4.2	Kumulierte Mortalitätsrate für 40- bis 69-jährige Mitglieder der Gmünder Ersatzkasse nach Berufsausbildung	60
Abbildung 4.3	Selbsteinschätzung der allgemeinen Gesundheit nach Schulbildung	62
Abbildung 4.4	Anteil der Männer und Frauen mit sehr guter oder guter Einschätzung der allgemeinen Gesundheit nach Schulbildung	63
Abbildung 4.5	Anteil der starken Raucher/Raucherinnen an den aktuellen täglichen Zigarettenrauchern/Zigarettenraucherinnen nach Schulbildung	65
Abbildung 4.6	Nutzung von Informationsquellen nach Schulbildung (Männer)	68
Abbildung 4.7	Nutzung von Informationsquellen nach Schulbildung (Frauen)	69
Abbildung 4.8	Teilnahme an Gesundheits-Check-up (jemals und in den letzten zwei Jahren) nach Schulbildung	70
Abbildung 4.9	Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (jemals und in den letzten 12 Monaten)	71

Abbildung 5.1	Unfallhäufigkeit in Abhängigkeit vom Alter	82
Abbildung 5.2	Entwicklung der Verdachtsanzeigen, anerkannter Berufskrankheiten, Rentenfälle und Todesfälle in Folge der Berufskrankheit 1993-2003 (1993=100%)	84
Abbildung 5.3	AU-Fälle sowie AU-Tage je Fall und Mitglied im Altersverlauf	86
Abbildung 5.4	Die häufigsten Krankheitsarten der erwerbstätigen Pflichtmitglieder der AOK 2002	87
Abbildung 5.5	Verteilung der Rehabilitationsmaßnahmen der Gesetzlichen Rentenversicherung nach erster Diagnose und Geschlecht	88
Abbildung 5.6	Kumulierte Morbiditätsrate für Herzinfarkt für GEK-Mitglieder des Jahres 1990 nach Hauptberufsgruppen und Geschlecht	90
Abbildung 5.7	Entwicklung der Zugänge bei den Renten wegen verminderter Erwerbstätigkeit 1993-2003	92
Abbildung 5.8	Ursachen für Erwerbsminderungsrenten: Einzelne Krankheitsbilder	93
Abbildung 5.9	Erkrankungen als Grund für Erhalt einer Erwerbsminderungsrente 2003 – relative Bedeutung nach Geschlecht	94
Abbildung 5.10	Neue Unfallrenten nach Auslöser	95
Abbildung 5.11	Arbeitsunfälle (einschl. Wegeunfälle) sowie Berufskrankheiten als Ursache einer Schwerbehinderung (GdB von mind. 50 %) nach Geschlecht	96
Abbildung 5.12	Kumulierte Mortalitätsrate für GEK-Mitglieder des Jahres 1990 nach Hauptberufsgruppen und Geschlecht	97
Abbildung 5.13	Subjektiver Gesundheitszustand nach Berufsstatus, Alter und Geschlecht	98
Abbildung 5.14	Anteil an Rauchern/Raucherinnen nach Beteiligung am Erwerbsleben	99
Abbildung 5.15	Anteil der Raucher/Raucherinnen in ausgewählten Berufsgruppen	100
Abbildung 6.1	Sehr gute Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes	108
Abbildung 6.2	Angabe einer Erkrankung als Grund für die Arbeitslosigkeit in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen	110
Abbildung 6.3	Länger andauernde Krankheit oder Gesundheitsstörung in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen	111
Abbildung 6.4	Krankenhaustage bei arbeitslosen und erwerbstätigen Männern nach ICD 10-Diagnosekapiteln	116
Abbildung 6.5	Krankenhaustage bei arbeitslosen und erwerbstätigen Frauen nach ICD 10-Diagnosekapiteln	117
Abbildung 6.6	Relatives Risiko für längerfristige Krankenhausaufenthalte (drei oder mehr Wochen) im Zeitraum 1998-2000 nach Arbeitslosigkeitsdauer	118
Abbildung 6.7	Sportliche Inaktivität in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen	120
Abbildung 6.8	Sterblichkeit im Zeitraum 1998-2000 nach Arbeitslosigkeitsdauer	121
Abbildung 7.1	Vorliegen von psychischen Erkrankungen (12-Monats-Prävalenz)	132
Abbildung 7.2	Gesundheitsbezogene Lebensqualität allein erziehender und verheirateter Mütter (SF-36)	135
Abbildung 7.3	Rauchverhalten allein erziehender und verheirateter Mütter	136

Abbildung 8.1	Medizinisch relevante Befunde bei Einschülern und Einschülerinnen nach Sozialstatus	147
Abbildung 8.2	Einfluss des familiären Wohlstandes auf das Auftreten von Allergien (mindestens eine Allergie)	148
Abbildung 8.3	Anteil naturgesunder Gebisse bei 12-Jährigen nach Schulbildung der Eltern	152
Abbildung 8.4	Einfluss des familiären Wohlstandes auf das regelmäßige Zähneputzen (seltener als zweimal am Tag)	153
Abbildung 8.5	Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen in Abhängigkeit vom Sozialstatus	157
Abbildung 8.6	Anteil der regelmäßigen Raucher und Raucherinnen nach Schulform	159
Abbildung 8.7	Anteil der Jugendlichen, die an Schultagen regelmäßig frühstücken nach familiärem Wohlstand	164
Abbildung 8.8	Verbreitung nach Übergewicht bei 11-bis 15-jährigen Jungen und Mädchen nach familiärem Wohlstand	165
Abbildung 9.1	Vorliegen mindestens einer selbstberichteten Krankheit oder Gesundheitsstörung nach Alter und Geschlecht	179
Abbildung 9.2	Anteil der Personen mit sehr guter oder guter selbst eingeschätzter Gesundheit	184
Abbildung 9.3	Durchschnittliche Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit	185
Abbildung 9.4	Anteil der Männer mit sehr guter oder guter selbst eingeschätzter Gesundheit nach Schichtzugehörigkeit	187
Abbildung 9.5	Anteil der Frauen mit sehr guter oder guter selbst eingeschätzter Gesundheit nach Schichtzugehörigkeit	188
Abbildung 10.1	Anteil der Kranken und Unfallverletzten bei Deutschen und Nicht-Deutschen nach Alter und Geschlecht	196
Abbildung 10.2	Arbeitsunfähigkeit durch Arbeitsunfälle im Jahr 1997 bei Versicherten mit deutscher, nicht-deutscher und türkischer Staatsangehörigkeit (AU-Fälle je 100 Versicherte)	197
Abbildung 10.3	Zufriedenheit mit der Gesundheit (Skala 0 = sehr unzufrieden bis 10 = sehr zufrieden) Mittelwerte für Deutsche und Zuwanderungsgruppen nach Alter und Befragungsjahren	199
Abbildung 10.4	Anteil der aktuellen Raucher/Raucherinnen bei 20- bis 60-jährigen deutschen und nicht-deutschen Männern und Frauen	200
Abbildung 10.5	Teilnahme an der Gripeschutzimpfung bei Kindern und Erwachsenen	202

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen
ARB	Armuts- und Reichtumsberichterstattung
AU	Arbeitsunfähigkeit
BA	Bundesagentur für Arbeit
BfA	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
BGS98	Bundes-Gesundheitssurvey 1998
BIB	Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BKK	Betriebskrankenkassen
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
BMBF	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BMI	Body-Mass-Index
BMU	Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit
BMWA	Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CASMIN	Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherungen
GSTel03	Telefonischer Gesundheitssurvey 2003
HBSC-Studie	Health Behaviour in School-aged Children-Studie
HLU	Hilfe zum Lebensunterhalt
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
ICD 10	International Statistical Classification of Diseases, 10. Revision
IKK	Innungskrankenkassen
KI	Konfidenzintervall
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
LVA	Landesversicherungsanstalten
MfASGF	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen
MFJFG	Ministerium für Gesundheit, Soziales Frauen und Familie
NAP'incl	National Action Plans on Social Inclusion
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OR	Odds Ratio
RKI	Robert Koch-Institut
RV	Rentenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel
StaBA	Statistisches Bundesamt

TAG	Tagesbetreuungsausbaugesetz
UV	Unfallversicherung
VAMV	Verband alleinerziehender Mütter und Väter
VDR	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZeS	Zentrum für Sozialpolitik

Kurzfassung

Im Mai 2004 wurde das Robert Koch-Institut vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung mit einer Expertise zum Thema „Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit“ beauftragt, deren Ergebnisse in den 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung eingeflossen sind. Die Expertise sollte gesundheitsbezogene Problemlagen und Verteilungsungleichheiten kenntlich machen und auf problematische Entwicklungstrends in Deutschland hinweisen. Dazu wurden umfangreiche Auswertungen auf Basis zugänglicher Datengrundlagen, u.a. der Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts, des Sozio-oekonomischen Panels und des Mikrozensus, durchgeführt. Ergänzt wurden diese durch Sonderauswertungen von Daten der Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ und der Gmünder Ersatzkasse. Darüber hinaus wurden vorhandene amtliche Statistiken, Berichte und Forschungsergebnisse einbezogen. Die Expertise liefert aktuelle Informationen zu acht aus Sicht der Sozial- und Gesundheitspolitik relevanten Themenfelder und leistet damit einen Beitrag zur Bekämpfung von Armut und deren Auswirkungen auf die Gesundheit:

- Gesundheitliche Auswirkungen von Einkommensungleichheit
- Stellenwert der Bildung für eine gesundheitsförderliche Lebensweise
- Einfluss der Arbeitswelt auf die Gesundheit
- Folgen der Arbeitslosigkeit für die Gesundheit
- Gesundheit von allein Erziehenden
- Sozial ungleiche Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen
- Armut und Gesundheit im höheren Lebensalter
- Migration und Gesundheit

Gesundheitliche Auswirkungen von Einkommensungleichheit

Das Einkommen ist eine wichtige Voraussetzung für die Befriedigung individueller Grundbedürfnisse und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Zusammenhänge zur Gesundheit werden auf einen niedrigeren Lebensstandard, das häufigere Auftreten von finanziellen Engpässen und Überschuldung, schlechtere Arbeitsbedingungen sowie ein gesundheitsriskantes Verhalten in den einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen zurückgeführt. Unterschieden in der Gesundheitsversorgung kommt in Deutschland wahrscheinlich geringere Bedeutung zu, da die Gesetzliche Krankenversicherung allen Versicherten einen weitgehend einkommensunabhängigen Zugang zum System der medizinischen Versorgung garantiert. In den vergangenen Jahren haben Zuzahlungen und direkte Käufe von Gesundheitsleistungen

zwar zugenommen, im internationalen Vergleich fallen die Selbstbeteiligungen aber nach wie vor gering aus. Allerdings finden sich Hinweise darauf, dass die Angehörigen der unteren Einkommensgruppen im Bedarfsfall vor allem praktische Ärzte und Allgemeinmediziner aufsuchen und seltener Gebietsärzte konsultieren (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998).

Erwachsene im mittleren Lebensalter mit einem verfügbaren Netto-Äquivalenzeinkommen unter 60 % des gesamtgesellschaftlichen Durchschnitts (Median) leiden vermehrt an Krankheiten, wie z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Hypertonie, Adipositas, chronische Bronchitis, Depression (Bundes-Gesundheitssurvey 1998; Telefonischer Gesundheitssurvey 2003) und bei Männern auch Lungenkrebs und Leberzirrhose (Gmünder Ersatzkasse 1990-2004). Sie berichten zudem eher von starken Schmerzen und gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltagsleben (Sozio-oekonomisches Panel 2003). Im Vergleich zur einkommensstärksten Bevölkerungsgruppe schätzen Männer (21,2 % gegenüber 11,3 %) und Frauen (27,2 % gegenüber 18,4 %) mit einem Armutsrisiko ihren eigenen Gesundheitszustand häufiger als weniger gut oder schlecht ein (Sozio-oekonomisches Panel 2003).

Einkommensdifferenzen im Gesundheitsverhalten lassen sich z.B. im Hinblick auf den Tabakkonsum und die körperliche Aktivität belegen. Gegenwärtig rauchen 37,2 % der 15-jährigen und älteren Männer und Frauen mit einem Haushaltsnettoeinkommen unter 700 Euro im Vergleich zu 27,2 % der Gleichaltrigen mit höherem Einkommen. Im Jahr 1999 lagen die entsprechenden Anteile noch bei 35,2 % und 28,2 %, so dass eher von einer Zunahme als von einer Verringerung der Einkommensdisparitäten im Rauchverhalten auszugehen ist (Mikrozensus 1999 und 2003). Ein ähnlicher Trend zeichnet sich bei der Sportbeteiligung ab. Inzwischen ist der Anteil der sportlich Inaktiven in der Armutsrisikogruppe mit 50,2 % deutlich höher als in der nicht-armen Bevölkerung mit 36,7 % (Telefonischer Gesundheitssurvey 2003). Auch bei Sozialhilfeempfängern und Sozialhilfeempfängerinnen bestehen Anzeichen, dass sie eine schlechtere Gesundheit haben, häufiger aus gesundheitlichen Gründen in der Alltagsbewältigung beeinträchtigt sind und zu einem gesundheitsriskanteren Verhalten neigen (Sozio-oekonomisches Panel 2002).

Die stärkere Verbreitung von Gesundheitsrisiken und Krankheiten in der einkommensarmen Bevölkerung findet auch in der vorzeitigen Sterblichkeit einen deutlichen Niederschlag. Im Vergleich zur einkommensstärksten Bevölkerungsgruppe weisen die Einkommensschwächsten eine etwa zweifach erhöhte vorzeitige Sterblichkeit auf (Sozio-oekonomisches Panel 1998-2003).

Stellenwert der Bildung für eine gesundheitsförderliche Lebensweise

Bildung hat einen zentralen Einfluss auf die Arbeitsmarktchancen und die soziale, kulturelle und politische Teilhabe. Die Bezüge zur Gesundheit ergeben sich u.a. durch arbeitsbezogene körperliche und psychische Belastungen, die mit dem Berufsstatus und dem zu Grunde liegenden beruflichen Qualifikationsniveau variieren, sowie den bildungsabhängigen Möglichkeiten, gesundheitsförderliche Lebensweisen zu realisieren.

Im Jahr 2003 berichteten 40,1 % der Männer mit einem Volks- oder Hauptschulabschluss und 30,6 % der Männer mit Abitur, an einer länger andauernden bzw. wiederkehrenden Krankheit oder Gesundheitsstörung zu leiden. Bei Frauen waren es 50,4 % derjenigen mit Volks- oder Hauptschulabschluss und 37 % derjenigen mit Abitur. Unter Berücksichtigung von Alterseffekten zeigt sich, dass bei Frauen wie Männern das Erkrankungsrisiko in Abhängigkeit von der Bildung um das 1,2-fache erhöht ist. Männer mit Volks- oder Hauptschulabschluss litten häufiger an Herzinfarkt, Angina pectoris, Arthrose, chronischem Rückenschmerz und Schwindel als Männer mit Fachhochschul- oder allgemeiner Hochschulreife. Bei Frauen traten Schlaganfall, Angina pectoris, Hypertonie, Diabetes, chronische Bronchitis, Arthrose, chronischer Rückenschmerz und Schwindel in der untersten Bildungsgruppe vermehrt auf (Telefonischer Gesundheitssurvey 2003). Im Jahr 2002 klagten 43,2 % der 18-jährigen und älteren Männer mit Volks- und Hauptschulabschluss und 18,5 % derjenigen mit Abitur über starke Schmerzen in den letzten vier Wochen (Sozio-oekonomisches Panel 2002). Bei Frauen waren es 51,2 % mit niedriger und 27,2 % mit hoher Schulbildung. Die Bildung hat darüber hinaus einen erheblichen Einfluss auf die Mortalität. Im mittleren Lebensalter unterliegen Männer ohne berufsqualifizierenden Abschluss einer ungefähr zweimal höheren Sterbewahrscheinlichkeit im Vergleich zu Männern mit beruflich-betrieblicher, beruflich-schulischer oder Hochschulausbildung (Gmünder Ersatzkasse 1999-2004).

In Hinblick auf die subjektive Gesundheit kommen Bildungsunterschiede in noch größerem Maße zum Tragen als im Krankheits- und Sterbegeschehen. Über alle Altersgruppen hinweg schätzen Frauen und Männer mit Abitur, verglichen zu Frauen und Männern mit Volks- oder Hauptschulabschluss, ihre Gesundheit doppelt so häufig als sehr gut oder gut ein (Telefonischer Gesundheitssurvey 2003). Deutliche Bildungsdifferenzen zeigen sich auch im gesundheitsrelevanten Verhalten, insbesondere im Risikoverhalten. Von den 18- bis 29-jährigen Männern mit Volks- oder Hauptschulabschluss rauchen 67,8 % im Gegensatz zu 43,7 % der gleichaltrigen Männer mit Abitur. Bei den Frauen fallen diese Unterschiede ebenso deutlich aus (61,9 % zu 35,7 %). Der Anteil der sportlich Inaktiven beträgt bei Frauen und Männer mit niedriger Schulbildung fast 50 % und liegt – nach Berücksichtigung von Alterseffekten –

zweimal höher als in der Vergleichsgruppe mit hoher Schulbildung. Ein starker Zusammenhang zwischen Bildungsstand und Körpergewicht zeigt sich vor allem bei Frauen: 72,3 % der Frauen mit Volks- und Hauptschulabschluss gegenüber 38,2 % der Frauen mit Abitur sind übergewichtig oder adipös. In der Inanspruchnahme von Angeboten der primären und sekundären Prävention (z.B. Gesundheits-Check-up oder Krebs-Früherkennung) sind ebenso wie in der ärztlichen Versorgung nur geringe Bildungsunterschiede zu beobachten (Telefonischer Gesundheitssurvey 2003).

Einfluss der Arbeitswelt auf die Gesundheit

Die Stellung in der Arbeitswelt ist von zentraler Bedeutung für die soziale Lage und individuelle Position in der Gesellschaft. Die Gesundheitsrelevanz der Arbeit erschließt sich über arbeits- und berufsbezogene Ressourcen und Risiken. Zu den Ressourcen zählen neben dem Einkommen und Berufsprestige die Möglichkeiten, Fähigkeiten und Begabungen weiterzuentwickeln, an Entscheidungsprozessen zu partizipieren oder Verantwortung zu übernehmen. Arbeitsbezogene Gesundheitsrisiken sind unter anderem Unfallgefahren, Umgebungseinflüsse sowie körperliche, psychische und psychosoziale Belastungen.

Die Zahl der gemeldeten Arbeitsunfälle ist seit mehreren Jahren rückläufig. Im Zeitraum von 1998 bis 2003 verringerten sich die Arbeitsunfälle um fast ein Drittel von rund 1,59 Millionen auf etwa 1,14 Millionen Fälle. Die Zahl der Unfälle je 1.000 Vollarbeiter sank im gleichen Zeitraum um ein Drittel von 42 auf 31. Dabei bestehen allerdings große Unterschiede zwischen den verschiedenen Branchen (Daten der gesetzlichen Unfallversicherung).

Im Hinblick auf Fehlzeiten am Arbeitsplatz und Arbeitsunfähigkeit zeigen sich neben Branchenunterschieden auch Zusammenhänge zur beruflichen Stellung. Während im Jahr 2002 pflichtversicherte Arbeiter und Arbeiterinnen durchschnittlich 23,0 Tage fehlten, waren die pflichtversicherten Angestellten 13,3 Tage krankgeschrieben. Auch die Art der Erkrankung wird durch die ausgeübte Tätigkeit beeinflusst. So verursachen Verletzungen und muskuloskelettale Erkrankungen bei Erwerbstätigen im Baugewerbe zusammen 54 % der AU-Tage. Im Vergleich dazu machen diese Diagnosegruppen für das Banken- und Versicherungsgewerbe nur 31 % der Krankheitstage aus. Wird zudem der deutlich geringere durchschnittliche Krankenstand berücksichtigt, so verursachen diese Erkrankungen beim Bau die 2,8-fache Zahl an Fehltagen (AOK-Statistiken).

Die Zugänge zu den Erwerbsminderungsrenten sind seit 1998 von etwa 240.000 auf 174.000 zurückgegangen. Bei den Männern ist die Zahl der jährlichen Rentenzugänge von knapp 150.000 auf rund 100.000, bei den Frauen von 88.000 auf 74.000 gesunken. Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen sowie Neubildungen haben dabei in ihrer relativen Bedeutung deutlich zugenommen. Demgegenüber waren insbesondere Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und der Atmungsorgane überproportional rückläufig (VDR-Statistik). Im Gegensatz zu den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit muss für Unfallrenten der eindeutige Auslöser einer anerkannten Invalidität im beruflichen Umfeld liegen. Die Zahl der Unfallrenten entwickelte sich weitgehend parallel zu den sinkenden Unfallzahlen. Während in der Zeit von 1998 bis 2003 die Zahl der Unfälle trotz steigender Versichertenzahlen um 17,9 % auf knapp 2,85 Millionen Fälle sank, ging die Zahl der in einem Jahr neu bewilligten Unfallrenten um 20,4 % auf 41.800 zurück (Daten der gesetzlichen Unfallversicherung).

Darüber hinaus lassen sich Einflüsse der beruflichen Stellung auf die subjektive Gesundheit, das Gesundheitsverhalten und die Sterblichkeit belegen. Männer und Frauen mit niedrigem Berufsstatus schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter ein und rauchen häufiger (Telefonischer Gesundheitssurvey 2003). Im Zusammenhang mit dem Tabakkonsum zeigen sich zudem berufsgruppenspezifische Differenzen: Während auf dem Bau und bei den Verkehrsberufen beispielsweise jeder zweite Mann raucht, ist es unter Lehrern, Ärzten und Apothekern sowie Ingenieuren lediglich jeder fünfte (Mikrozensus 1999). Die höchsten Sterberaten werden für Männer in gering qualifizierten Berufen berichtet. Auch die vorzeitige Sterblichkeit von Frauen variiert mit dem Berufsstatus, allerdings weitaus schwächer als bei Männern (Gmünder Ersatzkasse 1990-2004).

Folgen der Arbeitslosigkeit für die Gesundheit

Zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit besteht ein sich wechselseitig verstärkender Zusammenhang. Gesundheitlich eingeschränkte oder erwerbsgeminderte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen tragen ein höheres Risiko entlassen zu werden, bleiben überdurchschnittlich lange arbeitslos und haben geringere Chancen der beruflichen Wiedereingliederung. Im Jahr 2003 gaben unter Langzeitarbeitslosen 30,3 % der Männer und 11,7 % der Frauen an, dass ihr Gesundheitszustand mit ein Grund für die Arbeitslosigkeit ist (Telefonischer Gesundheitssurvey 2003).

Der Verlust des Arbeitsplatzes und fortdauernde Arbeitslosigkeit haben nicht nur erhebliche materielle Folgen, sondern gehen zudem mit psychosozialen Belastungen und Einschrän-

kungen anderer Funktionen von Arbeit, z.B. im Hinblick auf Selbstwertgefühl, Identitätsbildung und Sozialbeziehungen, einher. Die Auswirkungen auf die Gesundheit lassen sich u.a. an einem vermehrten Auftreten von Krankheiten und Beschwerden, wie z.B. bösartigen Neubildungen, Krankheiten des Verdauungssystems sowie psychischen und Verhaltensauffälligkeiten, festmachen (Gmünder Ersatzkasse 2000). Besonders deutliche Unterschiede zeigen sich im Auftreten von Depressionen, an denen langzeitarbeitslose Männer 3,4-mal und langzeitarbeitslose Frauen 2,7-mal häufiger leiden als erwerbstätige Männer und Frauen (Telefonischer Gesundheitssurvey 2003).

Neben den höheren psychosozialen Belastungen dürfte das verstärkte Auftreten von Krankheiten und Beschwerden mit dem riskanteren Gesundheitsverhalten von Arbeitslosen zusammenhängen. Von den langzeitarbeitslosen Männern rauchen 64,1 % im Gegensatz zu 42,2 % der erwerbstätigen Männer. Bei Frauen, die insgesamt etwas seltener rauchen als Männer, zeichnet sich dieser Unterschied schwächer ab (44,8 % gegenüber 37,1 %). Für ein unterschiedliches Ernährungsverhalten sprechen das erhöhte Auftreten von Übergewicht und Adipositas bei Arbeitslosen. Im Jahr 2003 waren von den 20- bis 59-jährigen langzeitarbeitslosen Frauen 26 % adipös im Vergleich zu erwerbstätigen Frauen gleichen Alters mit 13 %. Bei Männern fielen diese Unterschiede mit 23,7 % gegenüber 16 % etwas geringer aus (Telefonischer Gesundheitssurvey 2003).

Die vermehrte Krankheitshäufigkeit bei Arbeitslosen kumuliert in einer erhöhten vorzeitigen Sterblichkeit. Mit der Dauer der Arbeitslosigkeit nimmt das Sterberisiko weiter zu. Unter männlichen Krankenversicherten betrug sie bei einer Arbeitslosigkeitsdauer von mehr als zwei Jahren im Zeitraum 1995-97 in den drei darauf folgenden Jahren 965 Todesfälle je 100.000 Personen. Die Betroffenen wiesen damit im Gegensatz zu den durchgängig Erwerbstätigen ein 3,4-fach erhöhtes Sterberisiko auf (Gmünder Ersatzkasse 1998-2000).

Gesundheit von allein Erziehenden

Mit dem Wandel der Familien- und Lebensformen hat die Zahl der Ein-Eltern-Familien stark zugenommen. Im Jahr 2003 gab es in Deutschland 1,5 Millionen allein erziehende Mütter und Väter. Bezogen auf alle Familien entsprach dies einem Anteil von 22,3 % in den neuen und 15,8 % in den alten Bundesländern.

Viele der allein erziehenden Mütter befinden sich in einer schwierigen sozialen Lage. Auf Sozialhilfe sind 23,7 % der Mütter, die alleine für ihre Kinder sorgen, angewiesen. Mit der

Zahl der Kinder nimmt die Sozialhilfeabhängigkeit noch zu: Im Jahr 2003 lebte fast die Hälfte der allein Erziehenden mit drei oder mehr Kindern von der Sozialhilfe, bei Ehepaarhaushalten waren es hingegen nur 4,7 % (2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung).

Bezogen auf die gesundheitliche Situation sind allein erziehende Frauen im Gegensatz zu verheirateten Müttern ebenfalls benachteiligt. Sie leiden häufiger an Nieren- und Lebererkrankungen, chronischer Bronchitis und Migräne. Darüber hinaus haben sie doppelt so häufig psychische Erkrankungen und sind verstärkt von Nervosität, Niedergeschlagenheit und Traurigkeit betroffen, was sich auch in einer vermehrten Einnahme von Medikamenten, z.B. Beruhigungs- und Schlafmitteln, widerspiegelt. 23,8 % der allein erziehenden Mütter wenden diese oder andere Arzneimittel mit psychotroper Wirkung an im Vergleich zu 15,2 % der verheirateten Mütter (Bundes-Gesundheitssurvey 1998; Aktionsgrundlagen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1995).

Der Anteil der Raucherinnen ist unter allein erziehenden Müttern mit 45,8 % im Vergleich zu 23,6 % fast doppelt so hoch wie unter verheirateten Müttern (Mikrozensus 1999). Außerdem sind allein erziehende Frauen zu einem geringeren Anteil sportlich aktiv und achten weniger auf ihre Ernährung (Bundes-Gesundheitssurvey 1998; Aktionsgrundlagen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1995).

Allein erziehende Väter weisen zwar auch höhere Belastungen auf, sie sind allerdings sozial deutlich besser gestellt als allein erziehende Mütter und die Auswirkungen auf die Gesundheit sind nur gering. Allerdings zeigen sie im Vergleich zu verheirateten Vätern ein riskanteres Gesundheitsverhalten.

Sozial ungleiche Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen

Kinder und Jugendliche sind in Deutschland die am stärksten von Armut und Sozialhilfeabhängigkeit betroffene Altersgruppe. Die soziale Benachteiligung wirkt sich oftmals auf die gesundheitliche Entwicklung der Heranwachsenden aus. So kommen Entwicklungsdefizite und Gesundheitsstörungen, von denen sich ein medizinischer Handlungsbedarf ableiten lässt, häufiger bei Kindern aus sozial schwächeren Familien vor. Hierzu zählen u.a. Sehstörungen, Sprachauffälligkeiten, psychomotorische Defizite, Adipositas, Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung, psychiatrische Erkrankungen sowie emotionale und soziale Störungen. Auch Unfallverletzungen und zahnmedizinische Probleme treten bei ihnen vermehrt auf. Umso schwerer wiegt, dass die Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen des Krankheits-

früherkennungsprogramms für Kinder, das zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehört, von den Angehörigen der unteren Sozialschichten seltener wahrgenommen werden (Einschulungsuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes).

Auch im Jugendalter sind die gesundheitlichen Ungleichheiten nicht zu vernachlässigen, wenngleich sie schwächer ausgeprägt sind als in der Kindheit. Die zu beobachtenden Diskrepanzen weisen alle in dieselbe Richtung und bescheinigen sozial benachteiligten Jugendlichen eine schlechtere Gesundheit und ein gesundheitsriskanteres Verhalten. Unterschiede in der Selbstwahrnehmung der Gesundheit, dem psychosozialen Wohlbefinden und der mentalen Gesundheit treten insbesondere bei Mädchen hervor. Beispielsweise schätzen 11- bis 15-jährige Mädchen von Eltern mit niedrigem Berufsstatus und geringerem Wohlstand ihre eigene Gesundheit 2-mal häufiger weniger gut oder schlecht ein als Mädchen aus den besser gestellten Vergleichsgruppen. Ähnlich stark ausgeprägte Unterschiede zeigen sich im Hinblick auf psychosomatische Beschwerden, von denen 28,2 % der Mädchen aus der niedrigsten im Vergleich zu 17 % derjenigen aus der höchsten Statusgruppe betroffen sind. Eine Ausnahme stellen einzig Allergien dar, die häufiger bei Jugendlichen aus sozial besser gestellten Familien anzutreffen sind (HBSC-Studie 2002).

Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten lassen sich bei Jungen wie Mädchen beobachten. So rauchen 19 % der Jungen und 21,6 % der Mädchen, die eine Haupt- oder Realschule besuchen, während die entsprechenden Anteile bei Gymnasiasten und Gymnasiastinnen 8,1 % bzw. 9,9 % betragen. Auch in der Freizeitgestaltung zeichnen sich Unterschiede ab: Jungen und Mädchen aus der niedrigsten Wohlstandsgruppe sitzen zu 28,7 % bzw. 31,5 % mehr als 4 Stunden täglich vor dem Fernsehen, im Gegensatz zu 15,2 % der Jungen und 17 % der Mädchen aus der höchsten Wohlstandsgruppe. Außerdem treiben die sozial benachteiligten Jugendlichen weniger Sport. Unterschiede im Ernährungsverhalten lassen sich insbesondere am Verzehr von Süßigkeiten und Softdrinks festmachen. Jungen und Mädchen aus ökonomisch schlechter gestellten Familien gehen an Schultagen zudem weitaus häufiger ohne Frühstück aus dem Haus. Zumindest bei Mädchen spiegelt sich das sozial differenzielle Freizeit- und Ernährungsverhalten in der Verbreitung von Übergewicht wider. Im Jahr 2002 waren von den 11- bis 15-jährigen Mädchen aus der niedrigsten Wohlstandsgruppe 9,4 % übergewichtig gegenüber 3,7 % der Mädchen aus Familien mit hohem Wohlstand (HBSC-Studie 2002).

Verlässliche Sozialbeziehungen in der Familie, Nachbarschaft, Schule oder im Freundeskreis wirken sich in allen sozialen Gruppen positiv auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten aus. Die gesundheitlichen Konsequenzen einer benachteiligten Lebenslage kön-

nen durch Unterstützung und Vertrauen im sozialen Umfeld aber nicht vollständig kompensiert werden (HBSC-Studie 2002).

Armut und Gesundheit im höheren Lebensalter

Im höheren Lebensalter treten Krankheiten und Funktionseinbußen gehäuft auf und können die Fähigkeit zu einer selbstständigen Lebensführung vermindern. Im Vordergrund des Krankheitsspektrums stehen chronisch-degenerative Erkrankungen. Im Jahr 2003 gaben 51,0 % der Männer und 60,7 % der Frauen im Alter von über 70 Jahren an, unter mindestens einer chronischen Krankheit oder Gesundheitsstörung zu leiden (Telefonischer Gesundheits-survey 2003). Zu den häufigsten Krankheiten und Funktionsstörungen bei älteren Menschen zählen erhöhte Blutfettwerte, Venenerkrankungen, Arteriosklerose, Herzinsuffizienz, Arthrose, Rückenleiden und Bluthochdruck. Auch Diabetes mellitus Typ II und koronare Herzkrankheiten sind weit verbreitet (Berliner Altersstudie 1990-93). Bei den stationären Behandlungen dominieren Krankheiten des Kreislaufsystems, gefolgt von bösartigen Neubildungen. Im Jahr 2000 entfielen 36 % aller Krebsneuerkrankungen bei Frauen und 24,9 % bei Männern auf die 75-Jährigen und Älteren (Krebsregister 2000). Unter den psychiatrischen Krankheiten stellen Demenzen und Depressionen die wichtigsten Krankheitsbilder dar. Schätzungen zu Folge leiden in Deutschland mehr als 950.000 Menschen an Krankheiten des demenziellen Formenkreises. Im Zuge der demografischen Alterung könnte ihr Anteil bis zum Jahr 2040 auf 1,8 Millionen ansteigen. Depressionen in unterschiedlichem Schweregrad sowie psychische Störungen, welche die Lebensqualität beeinträchtigen, betreffen bis zu einem Fünftel der 70-Jährigen und Älteren.

Insbesondere im höheren Alter gehen chronische Krankheiten und Funktionseinbußen mit einem Hilfe- und Pflegebedarf einher. Über 2 Millionen Versicherte der sozialen und privaten Pflegeversicherung waren im Jahr 2003 als pflegebedürftig anerkannt. Bis zum Alter von 55 Jahren liegt der Anteil der Pflegebedürftigen bei Frauen und bei Männern unter einem Prozent und steigt bis auf 62,7 % bei 90-jährigen und älteren Frauen bzw. 37,5 % bei gleichaltrigen Männern an. Von den anerkannt Pflegebedürftigen werden rund zwei Drittel zu Hause und ein Drittel in einem Pflegeheim gepflegt. Über die letzten Jahre gesehen, bedeutet dies eine leichte Verschiebung in Richtung auf die professionelle und stationäre Pflege.

Trotz des häufigen Vorkommens vielfältiger Erkrankungen und Versorgungsbedarfe im höheren Alter schätzen 50,2 % der 70-jährigen und älteren Männer und 40,2 % der gleichaltrigen Frauen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein (Telefonischer Gesundheitssur-

vey 2003). Auch Angaben zur Zufriedenheit mit der Gesundheit relativieren die nach wie vor häufig anzutreffende Gleichsetzung des Alters mit Krankheit und Hilfebedürftigkeit (Sozio-oekonomisches Panel 2003).

Die im mittleren Lebensalter stark ausgeprägte soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken findet im höheren Lebensalter einen weitaus schwächeren Ausdruck. In der Altersgruppe der 50- bis 59-jährigen Männer und Frauen lassen sich noch deutliche schichtspezifische Unterschiede im Vorkommen chronischer Krankheiten oder Gesundheitsstörungen, gesundheitsbedingter Einschränkungen in der Alltagsgestaltung sowie in der Selbsteinschätzung der allgemeinen Gesundheit finden. Bei den 60- bis 69-Jährigen sind diese Differenzen bereits geringer ausgeprägt und bei den 70-Jährigen und Älteren sind sie nicht mehr sichtbar (Telefonischer Gesundheitssurvey 2003). Diese Beobachtung, die auch in anderen Ländern gemacht wurde, bestätigt die Arbeitswelt als zentralen Entstehungsort sozialer Ungleichheit und deren Auswirkungen auf die Gesundheit.

Migration und Gesundheit

Migranten und Migrantinnen haben schlechtere Aussichten auf dem Arbeitsmarkt und geringere Einkommenschancen. Sie sind damit häufiger den Belastungen und Risiken, die ein niedriger Sozialstatus mit sich bringt, ausgesetzt. Gesundheitsunterschiede zwischen Migranten/Migrantinnen und Deutschen sind aber immer vor dem Hintergrund kultureller Besonderheiten und der sozialen wie gesundheitlichen Lage in dem jeweiligen Herkunftsland zu sehen. Aus diesem Grund lässt sich nicht generell von einer schlechteren Gesundheit ausgehen. Wenn Aussagen zur gesundheitlichen Situation von Migranten und Migrantinnen getroffen werden sollen, ist die große Heterogenität dieser Gruppe, z.B. in Bezug auf Nationalität, Sprache, ethnische, religiöse und soziale Zugehörigkeit sowie rechtlichen Status, zu berücksichtigen.

Obwohl die Datenlage zum Gesundheitsverhalten und Krankheitsgeschehen von Migranten und Migrantinnen sehr unzureichend ist, lassen sich einzelne Unterschiede zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund aufzeigen. Beispielsweise ist der Raucheranteil von ausländischen im Vergleich zu deutschen Männern höher: In der Gruppe der 20- bis unter 60-Jährigen rauchen 46,8 % der nicht-deutschen gegenüber 39,7 % der deutschen Männer. Bei den Frauen sind die Unterschiede insgesamt schwächer ausgeprägt. In der Tendenz zeigt sich, dass deutsche Frauen etwas häufiger als ausländische Frauen rauchen (Mikrozensus 2003).

Gemessen an der Arbeitsunfähigkeit (AU) sind nicht-deutsche im Vergleich zu deutschen Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen häufiger und länger krank. Im Jahr 1997 entfielen auf je 100 deutsche Versicherte 118,9 (auf Vollzeitbeschäftigte standardisierte) AU-Fälle mit durchschnittlich 14,2 AU-Tagen je Fall, während für Nicht-Deutsche 157,7 Fälle mit durchschnittlich 16,7 AU-Tagen je Fall verzeichnet wurden. Bezogen auf die einzelnen Berufe ist sowohl bei den deutschen als auch bei den ausländischen Versicherten ein Qualifikationsgefälle sichtbar, in allen Berufen bleibt jedoch ein Abstand zu Ungunsten der nicht-deutschen Versicherten erhalten (BKK-Bundesverband 1997).

Im Krankheitsfall werden Angebote der kurativen Medizin von Migranten und Migrantinnen ebenso häufig in Anspruch genommen wie von Männern und Frauen ohne Migrationshintergrund. Ausnahmen stellen hier lediglich die Notfallambulanzen dar, die häufiger aufgesucht werden, sowie psychotherapeutische Angebote, die von Migranten und Migrantinnen seltener wahrgenommen werden. Die gleich starke Inanspruchnahme kurativer Angebote sagt allerdings noch nichts über die Bedarfsangemessenheit und Qualität der Versorgung aus. So lässt sich auch im Zusammenhang mit der ambulanten und stationären Pflege feststellen, dass sie den spezifischen, zum Teil kulturell geprägten Belangen von Migranten und Migrantinnen nicht immer gerecht werden.

Präventive Angebote wie Gripeschutzimpfung, Krebsfrüherkennung oder Zahnarztprophylaxe erreichen Migranten und Migrantinnen seltener. Eine Ausnahme stellt die Gripeschutzimpfung bei Kindern und Jugendlichen dar: Im Jahr 2003 haben 6,7 % der deutschen und 9,9 % der ausländischen Kinder an der Impfung teilgenommen (Mikrozensus 2003). Auch in der Versorgung bei Schwangerschaft bestehen Lücken. Beispielsweise nutzen ausländische im Vergleich zu deutschen Frauen weitaus seltener schwangerschaftsbegleitende Angebote, wie z.B. Geburtsvorbereitungskurse oder Schwangerschaftsgymnastik (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2000).

Als spezifisches Gesundheitsproblem von Migranten und Migrantinnen sind Infektionserkrankungen zu sehen, die bereits im Herkunftsland erworben und dann nach Deutschland importiert werden. Beispiele für nach wie vor oder sogar zunehmend bedeutsame Krankheiten sind Tuberkulose bei Zuwanderern aus osteuropäischen Ländern sowie HIV/AIDS bei Zuwanderern aus afrikanischen Ländern (Robert Koch-Institut 2004).